

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 8항목)

- 2022. 3. 31. 공개

| 연번 | 제 목 | 페이지 |
|----|--|---------|
| 1 | 암환자의 반복입원(2~15일) 사례 인정여부(98사례) | 1-10 |
| 2 | 명치통증 상병에 실시한 중장기입원(15일) 사례 인정여부(8사례) | 11-14 |
| 3 | 조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상 여부(675사례) | 15-86 |
| 4 | 갑상선암에 대한 수술적 치료 중 아전절제술 의학적 타당성 여부 및 심사적용방법(6사례) | 87-91 |
| 5 | 경부림프절 청소술 의학적 타당성 여부 및 심사적용방법(5사례) | 92-96 |
| 6 | 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상여부(1기관,8사례) | 97-100 |
| 7 | Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부(35사례) | 101-104 |
| 8 | Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상 여부(98사례) | 105-122 |

1. 암환자의 반복입원(2~15일) 사례 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1~11(여/44세)

- 청구 상병명 : 유방의 중복병변의 악성 신생물, 오른쪽

- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15344 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1

○ 사례12~20(여/48세)

- 청구 상병명 : 난소의 악성 신생물, 오른쪽

- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15344 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1

○ 사례21~25(여/34세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽

- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15344 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*3

○ 사례26~33(여/57세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 상세불명 쪽

- 주요 청구내역 :

가2라(4) 15364 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*1

○ 사례34~37(여/65세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽

- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*1

○ 사례38~41(여/39세)

- 청구 상병명 : 난소의 악성 신생물, 상세불명 쪽

- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*1

○ 사례42~46(여/46세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 비인두의 악성 신생물

- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*2

가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*6

○ 사례47~51(여/48세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽

- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*2

○ 사례52~54(여/50세)

- 청구 상병명 : 유방의 중복병변의 악성 신생물, 상세불명 쪽
- 주요 청구내역 :

가2라(4) 15367004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료[내.소.정신과] 1*1*3

○ 사례55~57(여/50세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽
- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-[내.소.정신과] 1*1*1

가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-[내.소.정신과] 1*1*3

가2다(4) 15347204 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-[18-24시퇴원, 내.소.정신과] 1*1*1

가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-[내.소.정신과] 1*1*4

○ 사례58~59(여/58세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽
- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-[내.소.정신과] 1*1*4

○ 사례60~61(여/55세)

- 청구 상병명 : 뇌의 이차성 악성 신생물
- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-[내.소.정신과] 1*1*7

가2다(4) 15347804 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-[입원16-30일, 내.소.정신과] 1*1*4

○ 사례62~67(여/40세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 상세불명 쪽
- 주요 청구내역 :

가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*6

가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*3

가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*2

가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*1

○ 사례68~70(여/46세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 오른쪽
- 주요 청구내역 :

가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*1

가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*1

○ 사례71~75(여/43세)

- 청구 상병명 : 난소의 악성 신생물, 상세불명 쪽
- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*2
 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*4
 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*3

○ 사례76~79(여/54세)

- 청구 상병명 : 유방의 상외사분의 악성 신생물, 오른쪽
- 주요 청구내역 :

가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*1
 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*14
 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*2
 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*7

○ 사례80~84(여/48세)

- 청구 상병명 : 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역 :

가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*5
 가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*3
 가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*2
 가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*1

○ 사례85~89(여/48세)

- 청구 상병명 : 유방의 중복병변의 악성 신생물, 상세불명 쪽
- 주요 청구내역 :

가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*3
 가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*2
 가2가(3) AB300 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 기본입원료 1*0.35*1
 가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*1

○ 사례90~93(여/63세)

- 청구 상병명 : 난소의 악성 신생물, 상세불명 쪽
- 주요 청구내역 :

가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*1

○ 사례94~98(여/49세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물, 오른쪽
- 주요 청구내역 :

가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*1
 가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-내,소,정신과] 1*1*3

■ 심의내용 및 결과

- 현재 관련 법령에서 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 된다고 규정하고 있음.(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 입원은 환자의 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등은 진료기록부에 기록되어 있어야 하는 바,(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
입원 필요성은 진료기록부에 기록된 환자 상태를 근거로 판단해야 하며, 특정 상병의 유/무만으로 입원의 필요성을 판단할 수는 없음
- 이 건(98사례)은 ‘유방의 악성 신생물’ 등 상병으로 동일 한방병원에 2~11회 반복 입원(2~15일)한 것으로 제출된 진료기록을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함

- 다 음 -

- 사례1~11(여/44세)
 - 한 달간 2일씩 11회 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15344 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4등급간호관리료적용4인실입원료’를 청구한 사례임.
 - 2017년 유방암 진단 후 2018년 수술 및 방사선 치료를 시행하고 현재 호르몬제 치료중인 환자로 ‘유방의 중복병변의 악성 신생물, 오른쪽’ 상병으로 ‘목, 어깨 통증 및 기력저하’를 사유로 입원하였으나 이는 상병과의 연관성이 없고 제출된 진료기록부에서 일상생활에 지장을 초래하여 입원이 필요한 정도의 심한 통증 및 환자가 시행중인 호르몬제 치료와 관련된 부작용은 확인되지 않음.
 - 입원 사유인 목, 어깨 통증을 조절하기 위한 한방치료는 시행되지 않았으며 입원 중 시행한 기타 치료(고주파온열암치료 및 항악성종양제 피하주사 투약)는 반드시 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 11회 입원료는 모두 인정하지 아니함.
- 사례12~20(여/48세)
 - 한 달간 2일씩 9회 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15344 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4등급간호관리료적용4인실입원료’를 청구한 사례임.
 - 2019년 9월 난소암 진단 받아 수술 및 항암치료를 시행하여 2021년 1월 항암치료 종료된 환자로 ‘난소의 악성 신생물, 오른쪽’ 상병으로 입원하였으나 입원 사유는 ‘요통, 근육통, 관절통 등’으로 상병과의 연관성이 없음.
 - 요통, 근육통, 관절통 등을 사유로 입원하였으나 제출된 진료기록부에 기록된 통증 양상은 ‘아침 기상 시 10~20분간 지속’되는 정도이며 경구진통제 및 한방약제 복용 후 호전되는 양상으로 입원이 필요한 정도의 심한 통증이나 이로 인한 일상생활의 제한은 확인되지 않음.
 - 입원기간 중 시행한 한방치료(침치료, 온냉경락요법) 및 기타치료(항악성종양제 주사 투약)는 입원을 필요로 하는 것은 아니므로 입원의 필요성이 확인되지 않아 청구된 9회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례21~25(여/34세)

- 한 달간 4일씩 5회 입원 진료 후 '가2다(4) 15344 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4등급간호관 진료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
- 2020년 유방암 진단, 2021년 수술 시행 후 현재 외래에서 주단위 Paclitaxel요법 시행중인 환자로 '상세불명의 유방의 악성신생물, 왼쪽' 상병으로 입원하였으나 입원 사유는 '맥삼, 자궁내막 증식증의 한방치료'로 상병과의 연관성이 없음.
- 입원 중 시행한 한방치료는 없으며 제출된 진료기록부에 입원 사유 외에 항암화학요법의 부작용 발생여부 등 환자 상태에 대한 기록이 없어 입원의 필요성을 확인할 수 없음.
- 일반적으로 주단위 Paclitaxel요법은 입원이 필요할 정도의 부작용을 일으키지 않으며 입원 중 시행한 기타 치료(고주파온열암치료 및 항악성종양제 등 주사 투약) 또한 입원을 필요로 하는 치료는 아니므로 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 입원료 5회는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례26~33(여/57세)

- 한 달간 2일씩 8회 입원 진료 후 '가2라(4) 15364 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4등급간호관리료적용 3인실 입원료'를 청구한 사례임.
- 2016년 유방암 진단, 2019년 전이 확인되어 2020년 4월부터 현재까지 Capecitabine 1500mg 2회/일 복용 중인 환자로 면역력증가 및 복통, 요통, 설사 등 증상 조절을 위해 입원함.
- 이전 Capecitabine 복용하며 설사, 복통 등의 부작용 발생했던 환자로 입원 중 증상 조절을 위해 침술 등 한방치료를 시행하였고 복통 조절을 위해 마약성 진통제가 투여되었으며 식이섭취량 저하되어 주치의 처방에 따라 영양제가 투여된 사실이 확인되는 바,
- 항암화학요법 진행 중인 환자의 상태 관찰 및 통증 조절을 위해 일정 기간의 입원이 필요하다고 판단되어 청구된 입원료 8회는 모두 인정함.

○ 사례34~37(여/65세)

- 한 달간 2일씩 4회 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관'를 청구한 사례임.
- 2019년 5월 유방암 진단 후 2019년 7월 수술 및 항암치료를 시행하여 2020년 1월 항암치료 종료된 환자로 '상세불명의 유방의 악성신생물, 왼쪽'상병으로 입원하였으나 입원사유는 '어깨통증'으로 상병과의 연관성이 없음.
- 어깨 통증을 주호소로 입원하였으나 제출된 진료기록부의 진료기록 및 투약내용 등에서 입원이 필요한 정도의 심한 통증은 확인되지 않으며 입원 중 도수치료 외에 통증 조절을 위한 처치나 투약은 없음.
- 또한 입원 중 시행한 한방치료(침술, 구술, 부항, 한방물리요법) 및 기타 치료(고주파치료 및 항악성종양제, 비타민제 주사 등)는 입원을 필요로 하는 치료는 아니므로 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 입원료 4회는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례38~41(여/39세)

- 한 달간 2일씩 4회 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관'를 청구한 사례임.
- 2016년 11월 난소암 진단 받아 2016년 12월 수술 및 항암치료를 시행하여 2017년 5월 항암치료 종료된

환자로 ‘난소의 악성신생물, 상세불명쪽’ 상병으로 ‘전신쇠약감 및 목과 허리 통증’을 사유로 입원하였으나 이는 상병과의 연관성이 없고, 제출된 진료기록부에 관련 기록이 없어 환자가 호소하는 증상이 입원이 필요한 정도의 심각한 상태인가에 대해 확인할 수 없음.

- 또한 입원 기간 중 시행한 도수치료 및 체외충격파 치료는 입원을 필요로 하는 치료는 아니므로 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 입원료 4회는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례42~46(여/46세)

- 한 달간 2일 1회, 3일 3회, 7일 1회 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관’를 청구한 사례임.
- 2020년 5월 유방암 진단받아 수술 및 방사선 치료 시행하여 7월 방사선 치료 종료된 환자로 2020년 12월 이차원발성 비인두암 진단 받아 2021년 2월 항암화학요법 및 방사선치료가 종료되었음. (2021년 1월 백혈구 감소증으로 항암화학요법 2차 시행 후 중단)
- 기력저하, 식욕저하, 맥약을 사유로 입원하였으나 제출된 진료기록부에 환자가 호소하는 증상이 입원이 필요한 정도의 심각한 상태인가에 대한 기록이 없고 입원이 필요한 정도의 항암화학요법이나 방사선치료와 관련된 부작용도 확인되지 않음.
- 또한 입원 기간 중 시행한 기타 치료(항악성종양제 및 비타민제, 한방약제 투약)는 입원을 필요로 하는 치료는 아니므로 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 입원료 5회는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례47~51(여/48세)

- 한 달간 2~3일씩 5회 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관’를 청구한 사례임.
- 2020년 12월 유방암 진단 받아 수술 시행하였으며 2021년 2월 방사선치료 종료 후 현재 호르몬제 치료중인 환자로 ‘상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽’ 상병으로 입원하였으나 입원사유는 목 통증으로 상병과의 연관성이 없음.
- 경추통, 두통 및 수술부위 불편감을 주호소로 입원하였으나 제출된 진료기록부에서 일상생활에 지장을 초래하여 입원이 필요한 정도의 통증은 확인되지 않으며, 호르몬제 치료와 관련된 부작용 또한 없음.
- 입원 중 한방치료는 시행하지 않았으며 입원 중 시행한 기타 치료(고주파치료 및 항악성종양제 주사 치료)는 입원을 필요로 하는 치료는 아니므로 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 입원료 5회는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례52~54(여/50세)

- 2021년 5월 1일에서 5월 15일까지 총 3회(1일 1회, 4일 2회) 입원 진료 후 ‘가2라(4) 15367004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료-서울특별시 및 광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]’를 청구한 사례임.
- 2019년 10월 유방암 진단 후 2020년 7월 수술 및 방사선치료가 종료된 환자로 기력저하, 오심, 구토, 통증 등을 사유로 입원하였으나 제출된 진료기록부에 환자가 호소하는 증상이 입원이 필요한 정도의 상태인지에 대한 기록은 없음.
- 입원 중 시행한 한방치료(침약) 및 기타 치료(도수치료, 항악성종양제 투약) 또한 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 3회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례55~57(여/50세)

- 2021년 5월 1일에서 5월 16일까지 총 3회(2일 1회, 4일 2회) 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관 [내.소.정신과]’를 청구한 사례임.
- 2020년 8월 유방암 진단받아 수술시행하고 2021년 3월 항암치료 종료 후 현재 호르몬제 치료중인 환자로 기력저하, 식욕부진, 통증 등을 사유로 입원하였으나 제출된 진료기록부에 환자가 호소하는 증상이 입원이 필요한 정도의 상태인지에 대한 기록은 없음.
- 한방 치료는 시행하지 않았으며 입원 중 시행한 기타 치료(항악성종양제 투약)는 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 3회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례58~59(여/58세)

- 2021년 5월 1일에서 5월 16일까지 총 2회(1일 1회, 4일 1회) 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관 [내.소.정신과]’를 청구한 사례임.
- 2020년 3월 간, 림프절 전이된 유방암 진단받아 2020년 5월부터 현재까지 표적치료제 주사 치료 중인 환자로 기력저하를 사유로 입원하였으나 제출된 진료기록부에 환자가 호소하는 증상이 입원이 필요한 정도의 상태인가에 대한 기록이 없고, 입원이 필요한 정도의 표적치료제 투약과 관련된 부작용도 확인되지 않음.
- 입원 기간 중 시행한 기타 치료(고주파온열암치료 및 항악성종양제 투약) 또한 일반적으로 입원을 필요로 하는 치료는 아니므로 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 2회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례60~61(여/55세)

- 2021년 5월 1일에서 5월 16일까지 총 2회(5일 1회, 8일 1회) 입원 후 ‘가2다(4) 15347804 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관 [입원 16~30일, 내.소.정신과]’를 청구한 사례임.
- 2017년 유방암, 2020년 자궁경부암 진단 후 2021년 1월 뇌 전이 확인되어 감마나이프 및 방사선 치료 후 2021년 5월 현재 항암화학요법(Paclitaxel + Cisplatin + Bevacizumab) 시행 중인 환자로 통합적 치료를 위해 입원하였음.
- 첫 번째 입원의 경우, 항암화학요법 주사 치료 시행 후 20일 이상이 경과되었으며 제출된 진료기록부에 환자 상태 및 항암화학요법으로 인한 부작용에 대한 기록이 없어 입원의 필요성이 확인되지 않음. 또한 입원 중 시행한 기타 치료(고주파온열암치료 및 항악성종양제 투약)는 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원의 필요성이 확인되지 않아 청구된 입원료 5일 모두 인정하지 아니함.
- 두 번째 입원의 경우, 입원 이틀 전 항암화학요법 주사 치료를 시행하였고 식이섭취 관찰에 대한 간호기록이 있으며 오심 감소 목적의 자가약(메토페란정)을 복용 중인 사실이 확인되어 항암화학요법 치료 직후 환자 상태 관찰을 위한 일정 기간의 입원이 필요하다고 판단됨. 그러나 제출된 진료기록부에서 환자가 입원을 지속해야 할 항암화학요법 주사 치료와 관련된 부작용이나 식이섭취 저하 등은 확인되는 않는 바, 청구된 입원료 3일을 인정하고 그 이후의 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례62~67(여/40세)

- 2021년 4월 1일부터 4월 30일까지 총 6회(2일 1회, 3일 1회, 4일 1회, 7일 3회) 입원 진료 후 ‘가2라(4)

15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관'을 청구한 사례임.

- 2019년 유방암 진단 받아 수술 시행하고 2019년 11월 항암화학요법 종료 후 현재 호르몬제 치료 중인 환자로 쇠약감, 피로, 체중감소, 아래허리통증을 주호소로 입원하였으나, 제출된 진료기록부에 기록된 내용은 '식욕이 나아짐, 피로감 여전함, 부은느낌, 마른기침' 정도로 입원이 필요한 정도의 심각한 상태는 확인되지 않음.
- 입원 중 시행한 한방치료(침약) 및 기타 치료(항악성종양제 투약) 또한 일반적으로 입원을 필요로 하지 않으며 호르몬제 치료와 관련된 부작용도 확인되지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 6회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례68~70(여/46세)

- 2021년 4월 1일에서 4월 30일까지 총 3회(1일 1회, 2일 2회) 입원 진료 후 '가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관'을 청구한 사례임.
- 2020년 6월 유방암 진단받아 2020년 12월 수술, 2021년 3월 방사선 치료 시행 후 현재 호르몬제 치료중인 환자로 '상세불명의 유방의 악성 신생물, 오른쪽' 으로 입원하였으나 입원 사유는 허약감, 목과 어깨의 통증으로 상병과의 연관성이 없음. 제출된 진료기록부에서 일상생활에 지장을 초래하여 입원이 필요한 정도의 심한 통증이나 기력저하 및 환자가 시행중인 호르몬제 치료와 관련된 부작용은 확인되지 않음.
- 목, 어깨 통증을 조절하기 위한 한방치료는 시행되지 않았으며 입원 중 시행한 기타 치료(고주파온열암치료 및 항악성종양제 투약) 또한 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 3회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례71~75(여/43세)

- 2021년 4월 1일에서 4월 30일까지 총 5회(3일 2회, 4일 1회, 5일 2회) 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재요양기관'을 청구한 사례임.
- 2010년 5월 난소암 진단받고 수술 시행 후 2018년 간 전이, 2021년 복막 전이 확인되어 항암화학요법(FOLFOX) 시행중인 환자로 기력저하, 오심, 구토, 식욕부진, 아래허리통증 등 호소하며 통증조절 및 영양치료 위해 입원하였으나 제출된 진료기록부에 환자의 증상이 입원을 필요로 하는 정도 인지에 대한 기록은 없음.
- 또한, 자가약(멕페란정, 카이트릴정) 복용 외에 통증조절 및 영양치료를 위해 시행한 적극적 치료 내역이 확인되지 않고 입원 중 시행한 치료들(도수치료, 고주파치료, 약제 투여 등)은 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 5회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례 76~79(여/54세)

- 2021년 4월 1일에서 4월 30일까지 총 4회(2일 1회, 3일 1회, 7일 1회, 15일 1회) 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관'을 청구한 사례임.
- 2021년 1월 유방암 진단받고 2021년 2월 수술 시행 후 항암화학요법 시행중인 환자로 기력저하, 어깨 통증, 목 뻣근함 등 사유로 입원하였으나 제출된 진료기록부에 환자가 호소하는 증상이 입원을 필요로 하는 정도 인지에 대한 기록은 없음.

- 입원 중 시행한 한방치료(침약) 및 기타 치료(도수치료, 고주파치료, 약제 투여 등) 또한 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 4회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례80~84(여/48세)

- 2021년 4월 1일부터 4월 30일까지 총 5회(1일 1회, 3일 1회, 4일 2회, 6일 1회) 입원 진료 후 ‘가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관[내,소,정신과]’를 청구한 사례임.
- 2020년 10월 갑상선암 진단 후 2020년 11월 수술 시행한 환자로 ‘갑상선의 악성 신생물’ 상병으로 입원하였으나 입원사유는 ‘허리통증’으로 상병과의 연관성이 없음.
- 제출된 진료기록부에서 입원이 필요한 정도의 심한 허리 통증은 확인되지 않으며 입원 중 도수치료 외에 통증 조절을 위한 처치나 투약은 없음.
- 또한 입원 중 시행한 기타 치료(항악성종양제 투약)는 입원을 필요로 하는 치료는 아닌 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 5회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례85~89(여/48세)

- 2021년 4월 2일부터 4월 30일까지 총 5회(1일 1회, 2일 1회, 4일 3회) 입원 진료 후 ‘가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관[내,소,정신과]’를 청구한 사례임.
- 2020년 유방암 진단받아 수술 시행하고 2021년 방사선 치료 후 현재 호르몬제 치료중인 환자로 ‘유방의 중복 병변의 악성 신생물, 상세불명쪽’ 상병으로 입원하였으나 입원사유는 허리와 어깨 통증으로 상병과의 연관성이 없음.
- 제출된 진료기록부에서 입원이 필요한 정도의 심한 통증이나 호르몬제 치료와 관련된 부작용은 확인되지 않으며 입원 중 시행한 도수치료 및 기타 치료(항악성종양제 투약)는 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 5회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례90~93(여/63세)

- 2021년 4월 6일부터 4월 28일까지 총 4회(2일씩 4회) 입원 진료 후 ‘가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관[내,소,정신과]’를 청구한 사례임.
- 2014년 난소암 진단 및 수술 시행 후 2020년 10월까지 항암치료 시행 후 현재 표적치료제(Niraparib) 복용 중인 환자로 허약감, 양 다리의 부종 및 통증을 주호소로 입원하였으나 제출된 진료기록부에 환자 상태에 대한 기록이 없어 환자가 호소하는 증상이 입원이 필요한 정도인가에 대해 확인할 수 없음.
- 입원 중 시행한 한방치료(구술), 도수치료 및 기타 치료(항악성종양제, 영양제 투약)은 또한 일반적으로 입원을 필요로 하지 않으며 표적치료제와 관련된 부작용도 확인되지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 4회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

○ 사례94~98(여/49세)

- 2021년 4월 1일부터 4월 30일까지 총 5회(2일 1회, 3일 1회, 4일 3회) 입원진료 후 ‘가2가(3) AB307004 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용기본입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관[내,

소,정신과]’를 청구한 사례임.

- 2016년 유방암, 2018년 폐암 진단 및 수술 시행 후 표적치료제(Trastuzumab 및 Gefitinib) 치료중인 환자로 ‘상세불명의 유방의 악성신생물, 오른쪽’ 및 ‘폐의 이차성 악성 신생물, 상세불명쪽’ 상병으로 목과 어깨의 통증 및 Gefitinib 복용 후 발생한 피부 건조증을 주소로 입원함.
- 제출된 진료기록부에 환자 상태에 대한 기록이 없어 환자가 호소하는 통증 및 부작용(피부 건조감)이 입원이 필요한 정도의 심한 상태인지 확인할 수 없고, 입원 중 시행한 도수치료 및 기타 치료(고주파온열암치료, 고압 산소치료 및 항악성종양제 투약)는 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 5회 입원료는 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.6.30. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 명치통증 상병에 시행한 중장기입원(15일) 사례 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(여/49세)

- 청구 상병명 : 명치통증

- 주요 청구내역 :

가2마(4) 15377004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*14

○ 사례2(여/49세)

- 청구 상병명 : 명치통증

- 주요 청구내역 :

가2마(4) 15377004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*14

○ 사례3(여/52세)

- 청구 상병명 : 명치통증

- 주요 청구내역 :

가2마(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*13

가2마(4) 15377004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*1

○ 사례4(여/54세)

- 청구 상병명 : 명치통증

- 주요 청구내역 :

가2마(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*1

가2마(4) 15377004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*13

○ 사례5(여/35세)

- 청구 상병명 : 명치통증

- 주요 청구내역 :

가2마(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*14

○ 사례6(여/14세)

- 청구 상병명 : 명치통증

- 주요 청구내역 :

가2마(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*14

○ 사례7(여/50세)

- 청구 상병명 : 명치통증

- 주요 청구내역 :

가2마(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*14

○ 사례8(여/51세)

- 청구 상병명 : 명치통증

- 주요 청구내역 :

가2마(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료-[내.소.정신과] 1*1*14

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨.(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함.(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(8사례)은 ‘명치통증’ 상병으로 15일 중장기입원을 시행한 것으로 제출된 진료기록을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

○ 사례1(여/49세)

- 명치통증 상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2마(4) 15377004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료 적용 2인실 입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]’를 청구한 사례임.
- 두통, 속쓰림, 소화불량 등을 사유로 입원하여 한방병원 원내 조제 처방을 복용하며 경혈침술, 복강내침술, 구술 및 한방 비급여 치료(아로마치료, 약침 등)와 식이관리(금식, 미음, 죽 섭취)를 시행함.
- 입원 사유인 두통, 속쓰림, 소화불량은 2년 전 발생 후 지속된 만성적인 증상으로 제출된 진료기록부 상 입원이 필요한 정도의 상태를 확인할 수 없고 입원 중 시행한 치료들은 일반적으로 입원을 필요로 하는 치료가 아닌 바, 입원의 필요성이 확인되지 않아 청구된 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례2(여/49세)

- 명치통증 상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2마(4) 15377004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료 적용 2인실 입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]’를 청구한 사례임.
- 두통, 오심 등을 사유로 입원하여 한방병원 원내 조제 처방을 복용하며 한방 치료(침술, 구술, 부항술) 및 한방 비급여 치료(간정화요법, 아로마치료, 약침 등)와 식이관리(금식, 미음, 죽 섭취)를 시행함.
- 제출된 진료기록부에 오심으로 인한 식이장애 및 심한 설사(30회/일) 기록이 있어 탈수 등 환자 상태 관찰을 위한 입원의 필요성이 확인되나, 입원 4일 이후 오심과 설사는 완화된 양상임.
- 오심, 설사 이외에 경과 관찰이 필요한 정도의 심한 증상은 확인되지 않으며 입원 중 시행한 한방 치료들은 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 식이 섭취 및 환자 상태 관찰을 위해 청구된 입원료 중 4일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례3(여/52세)

- 명치통증 상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2마(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급

간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]' 및 '가2마(4) 15377004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]'를 청구한 사례임.

- 1년 전 당뇨병 진단받고 당뇨약 복용중인 환자로, 입원하여 한방병원 원내 조제 처방을 복용하며 한방 치료(침술, 구술) 및 한방 비급여 치료(간정화요법, 아로마치료, 약침 등)와 식이관리(금식, 미음, 죽 섭취)를 시행함.
- 제출된 진료기록부에 입원 사유는 기록되어 있지 않으나, 치료를 위해 2일간의 금식을 시행하였고 환자의 기저 질환(당뇨병)을 고려할 때, 금식기간 동안 환자 상태 관찰을 위한 입원의 필요성이 확인됨.
- 다만, 입원기간 동안 측정된 환자의 혈당 수치가 안정적이고 그 외에 입원하여 경과관찰 해야 하는 다른 증상은 없어 입원을 유지할 사유가 확인되지 않으며, 입원 중 시행한 한방 치료들은 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 당뇨 환자의 금식 기간 동안 경과 관찰을 위해 청구된 입원료 중 3일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례4(여/54세)

- 명치통증 상병으로 15일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]' 및 '가2마(4) 15377004 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]'를 청구한 사례임.
- 식후 복통, 설사 등 사유로 입원하여 한방병원 원내 조제 처방을 복용하며 경혈침술, 복강내침술, 구술 및 한방 비급여 치료(아로마치료, 약침 등)와 식이관리(금식, 미음, 죽 섭취)를 시행함.
- 입원 사유인 식후복통, 설사는 1년 전 발생 후 지속된 만성적인 증상으로 제출된 진료기록부에서 입원하여 경과를 관찰할 정도의 심각한 상태는 확인되지 않음.
- 또한, 입원 중 시행한 치료들은 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원의 필요성이 확인되지 않아 청구된 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례5(여/35세)

- 명치통증 상병으로 15일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]'를 청구한 사례임.
- 상복부 통증, 소화불량, 오심 등 사유로 입원하여 한방병원 원내 조제 처방을 복용하며 경혈침술, 복강내침술, 구술 및 한방 비급여 치료(아로마치료, 약침 등)와 식이관리(금식, 미음, 죽 섭취)를 시행함.
- 제출된 진료기록부에서 입원하여 경과를 관찰할 정도의 환자 상태는 확인되지 않으며 입원 중 시행한 치료들은 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원의 필요성이 확인되지 않아 청구된 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례6(여/14세)

- 명치통증 상병으로 15일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]'를 청구한 사례임.
- 2020년 9월 공황장애 진단받고 공황장애약 복용중인 환자로, 식후 구토, 울렁거림, 목이물감 등 사유로 입원하여 한방병원 원내 조제 처방을 복용하며 경혈침술, 복강내침술, 구술 및 한방 비급여 치료(아로마치료, 약침 등)와 식이관리(금식, 미음, 죽 섭취)를 시행함.
- 명치통증 상병으로 입원하였으나 제출된 진료기록부에서 명치통증에 대한 증상이 없는 것으로 기록되어 있어 환자의 증상과 상병명이 일치하지 않고 입원 중 시행한 한방 치료들은 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는

바, 청구된 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례7(여/50세)

- 명치통증 상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]’를 청구한 사례임.
- 목 이물감, 가슴 타는 느낌, 불안감 등 사유로 입원하여 한방병원 원내 조제 처방을 복용하며 경혈침술, 복강내침술, 구술 및 한방 비급여 치료(아로마치료, 약침 등)와 식이관리(금식, 미음, 죽 섭취)를 시행함.
- 제출된 진료기록부 상 환자의 증상이 입원을 필요로 하는 정도 인지에 대한 기록이 없고 입원 중 시행한 치료들은 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 입원의 필요성이 확인되지 않아 청구된 입원료는 인정하지 아니함.

○ 사례8(여/51세)

- 명치통증 상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347004 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료-서울특별시및광역시구지역소재요양기관 [내.소.정신과]’를 청구한 사례임.
- 명치통증, 속쓰림, 두통 등 사유로 입원하여 한방병원 원내 조제 처방을 복용하며 경혈침술, 복강내침술, 구술 및 한방 비급여 치료(아로마치료, 약침 등)와 식이관리(금식, 미음, 죽 섭취)를 시행함.
- 제출된 진료기록부 상 입원 당시에는 경과 관찰이 필요한 환자 상태가 확인되지 않음.
- 다만, 보조적으로 사용된 비급여 주사제 투여 중 약물알러지 반응이 발생한 사실이 확인되는 바, 환자 상태 확인 및 악화 여부 관찰을 위한 입원 시행의 필요성이 인정됨.
- 그러나 알러지 반응 발생 직후 Dexamethasone 투여되었고 직후 알러지 반응이 감소하였으며 지연 반응도 발생되지 않았음.
- 또한 입원 중 시행한 한방 치료들은 일반적으로 입원을 필요로 하지 않는 바, 청구된 입원료 중 3일은 알러지 반응 발생 직후 환자 상태 관찰을 위해 인정하되 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.8.25. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상여부

○ 우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)에 따라 조혈모세포이식 영양급여 또는 선별급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.

○ 조혈모세포이식 실시 대상자는 진료심사평가위원회의 심의 결과 영양급여 기준에 적합한 경우는 영양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에도 선별급여대상으로 인정 할 수 있음.

- 선별급여대상 환자가 조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 영양급여비용 산정방법에 따라 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용 (이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

- 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 국민건강보험법 시행령 [별표 2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함.

□ 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부(325사례)

□ 조혈모세포이식 대상자 승인

○ 심의결과

| 구분 | | 계 | 동종 | 제대혈 | 자가 | 비고 |
|------|------|-----|-----|-----|-----|----|
| 총 접수 | | 325 | 169 | 4 | 152 | - |
| 처리결과 | 영양급여 | 258 | 126 | 3 | 129 | - |
| | 선별급여 | 65 | 43 | 1 | 21 | - |
| | 취하 | 2 | 0 | 0 | 2 | - |

※ 신청기관 : 36개 요양기관

○ 심의내용

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|--------|-------------|----------------|---|
| 동종 | 총 169건 | 영양급여 : 126건 | 급성골수성백혈병 : 48건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----------------------------|--|
| | | | <p>급성림프모구백혈병 : 19건</p> | <p>관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype (4) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>골수형성이상증후군 : 31건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS:</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|-----------------|---|
| | | | | <p>Inter mediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 비호지킨림프종 : 5건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 (나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(다)에 해당하거나, 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|--------------------|--|
| | | | | 의 (가)~(자) 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함. |
| | | | 호지킨림프종 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-나)에 의하면, 호지킨림프종은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 중증재생불량성빈혈 : 10건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련 세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x109/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 및 혈소판 20,000/μl 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 일차골수섬유증 : 5건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 만성골수성백혈병 : 1건 | 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|---------------------------------------|--|
| | | | | <p>2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>혈구포식림프조직구증 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우에 해당하며, 호전되지 않아 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>다발골수종 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1</p> <p>나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우</p> <p>다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 다발골수종으로 ECOG 수행능력평가 0-1, 부분반응 이상, 만성신부전이 아닌 경우에 모두 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>pure red cell aplasia : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-12)에 의하면 선천성빈혈(congenital pure red cell anemia)은 임상소견이나 유전적 검사로 진단된 다음의 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|---------------|-------------------|---|
| | | | | <p>치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정한다.</p> <p>이 건은 pure red cell aplasia로 진단 및 수혈의존성이 확인되어 사례별로 인정하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 부신뇌백질이양증 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 제4항에 의하면, 심사평가원장은 가입자등이 [별표2]의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여 대상으로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 제출된 자료를 참고하여 진료심사평가위원회의 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | 선별급여 : 43건 | 급성골수성백혈병 : 17건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease)양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|--|
| | | | | <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비혈연관계에서 1 locus가 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|--------------------|---|
| | | | 급성림프모구백혈병 : 10건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 3차 이상 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2]</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|--|
| | | | | <p>1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 비혈연관계에서 1 locus가 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|---------------------------|--|
| | | | | <p>급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>골수형성이상증후군 : 6건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상으로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R,WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요 한 경우</p> <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|------------------|---|
| | | | | <p>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <p>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <p>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 만성골수성백혈병 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|-----------------------|--|
| | | | | <p>의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>다발골수종 : 4건</p> | <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 동종 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있어 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 2차 동종 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|--|
| | | | | <p>록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>체대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 비혈연관계에서 1 locus가 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 1차 동종 조혈모세포이식으로 부분반응(Partial Response)이상인 경우를 확인 할 수 없고, 만성신부전이 아닌 경우를 만족하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|---------------------------|--|
| | | | | <p>다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>비호지킨림프종 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>중증재생불량성빈혈 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|------------------------------|--|
| | | | | <p>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <p>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 연소기골수단구성백혈병 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병(Juvenile Myelomonocytic Leukemia, JMML)은 WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건의 경우 연소기골수단구성백혈병(Juvenile Myelomonocytic Leukemia, JMML)이 WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우가 아니함.</p> <p>다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 원인 불명의 BM failure : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <p>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|-----|------|-----------|----------------|--|
| | | | | <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| 제대혈 | 총 4건 | 요양급여 : 3건 | 급성림프모구백혈병 : 2건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해진 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|----------------------|---------------------------|--|
| | | | | <p>Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양 성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>중증재생불량성빈혈 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련 세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 및 혈소판 20,000/μl 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | <p>선별급여 : 1건</p> | <p>골수형성이상증후군 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상으로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R,WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요 한 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|-----------|----------------|--------------------------|--|
| | | | | <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| 자가 | 총 152건 | 요양급여 : 129건 | <p>다발골수종 : 59건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>비호지킨림프종 : 47건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|-------------------|--|
| | | | | <p>(다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma[≡] (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바) 중 어느 하나에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 중 어느 하나에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 급성골수성백혈병 : 5건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 호지킨림프종 : 5건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | AL 아밀로이드증 : 8건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우. 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|---------------|--|
| | | | | 이 건은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증 (AL amyloidosis) 진단기준을 만족하고 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함. |
| | | | 생식세포종 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 소아뇌종양 : 3건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) 수모세포종(Medulloblastoma) (가) 진단 시 3세 이하 (나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우 (다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type (2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) (3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하거나, 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 골육종 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-10)에 의하면, 골육종(Osteosarcoma)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|---------------|-----------------|---|
| | | | | <p>나) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때</p> <p>이 건은 골육종으로 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 또는 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함</p> |
| | | 선별급여 : 21건 | 비호지킨림프종 : 6건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제 항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----------------|--|
| | | | | <p>용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 호지킨림프종 : 3건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 다발골수종 : 7건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|---|
| | | | | <p>만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1.시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응 유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있거나, VGPR 유지기간이 12개월 미만에 해당하여 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|------------------|---|
| | | | | 에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. |
| | | | POEMS증후군 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-다)에 의하면, POEMS 증후군은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 유령종양 : 2건 | <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1.시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|-----------------------|---|
| | | | | <p>의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>소아뇌종양 : 1건</p> | <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 3차 자가 조혈모세포이식으로 고시 기준에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>생식세포종 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.)[별표2] 2-나-7)에 의하면 생식세포종(Germ cell tumor) 요양급여 대상자 기준은 "재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|------|--------|----|--|
| | | | | 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. |
| | | 취하: 2건 | | |
| 계 | 325건 | | | |

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|----|-------|----|-------|---|------|
| 1 | 동종조혈모 | 남 | 5 | X-linked lymphoproliferative syndrome type1 | 요양급여 |
| 2 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 3 | 동종조혈모 | 남 | 72 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 4 | 동종조혈모 | 남 | 39 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 5 | 동종조혈모 | 남 | 66 | CMML | 선별급여 |
| 6 | 동종조혈모 | 남 | 52 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 7 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 만성골수성백혈병(CML) | 선별급여 |
| 8 | 동종조혈모 | 남 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 9 | 동종조혈모 | 남 | 40 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 10 | 동종조혈모 | 남 | 72 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 11 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 선별급여 |
| 12 | 동종조혈모 | 여 | 33 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 13 | 동종조혈모 | 남 | 51 | 만성골수성백혈병(CML) | 선별급여 |
| 14 | 동종조혈모 | 여 | 53 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 15 | 동종조혈모 | 여 | 42 | 호지킨림프종 | 선별급여 |
| 16 | 동종조혈모 | 여 | 32 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 17 | 동종조혈모 | 남 | 28 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 18 | 동종조혈모 | 남 | 37 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 19 | 동종조혈모 | 남 | 58 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 20 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 21 | 동종조혈모 | 남 | 65 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 22 | 동종조혈모 | 여 | 26 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 23 | 동종조혈모 | 남 | 66 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 24 | 동종조혈모 | 남 | 40 | 비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma) | 선별급여 |
| 25 | 동종조혈모 | 여 | 61 | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS) | 선별급여 |
| 26 | 동종조혈모 | 여 | 46 | 비호지킨림프종(Mycois fungoides) | 선별급여 |
| 27 | 동종조혈모 | 남 | 64 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 선별급여 |
| 28 | 동종조혈모 | 남 | 15 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 29 | 동종조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 30 | 동종조혈모 | 남 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 31 | 동종조혈모 | 남 | 51 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 선별급여 |
| 32 | 동종조혈모 | 남 | 60 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 33 | 동종조혈모 | 남 | 30 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 34 | 동종조혈모 | 남 | 33 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 35 | 동종조혈모 | 남 | 64 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 36 | 동종조혈모 | 여 | 54 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 37 | 동종조혈모 | 여 | 50 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 38 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|----|-------|----|-------|--|------|
| 39 | 동종조혈모 | 여 | 56 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 40 | 동종조혈모 | 남 | 62 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 41 | 동종조혈모 | 남 | 17 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 42 | 동종조혈모 | 남 | 23 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 43 | 동종조혈모 | 남 | 63 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 44 | 동종조혈모 | 남 | 68 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 45 | 동종조혈모 | 여 | 7 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 46 | 동종조혈모 | 남 | 21 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 47 | 동종조혈모 | 여 | 48 | Plasmacell Leukemia | 선별급여 |
| 48 | 동종조혈모 | 여 | 18 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 선별급여 |
| 49 | 동종조혈모 | 남 | 27 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 50 | 동종조혈모 | 남 | 72 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 51 | 동종조혈모 | 남 | 50 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 52 | 동종조혈모 | 남 | 76 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 53 | 동종조혈모 | 여 | 68 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 54 | 동종조혈모 | 남 | 2 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 55 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 56 | 동종조혈모 | 여 | 52 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 57 | 동종조혈모 | 남 | 34 | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS) | 선별급여 |
| 58 | 동종조혈모 | 여 | 11 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 59 | 동종조혈모 | 남 | 24 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 60 | 동종조혈모 | 여 | 20 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 61 | 동종조혈모 | 여 | 34 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 62 | 동종조혈모 | 남 | 30 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 63 | 동종조혈모 | 남 | 60 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 64 | 동종조혈모 | 여 | 45 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 65 | 동종조혈모 | 남 | 4 | 연소기골수단구성백혈병(JMML) | 요양급여 |
| 66 | 동종조혈모 | 여 | 67 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 67 | 동종조혈모 | 여 | 53 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 68 | 동종조혈모 | 남 | 41 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 69 | 동종조혈모 | 여 | 34 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 70 | 동종조혈모 | 여 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 71 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 72 | 동종조혈모 | 남 | 6M | 혈구포식림프조직구증(HLH) | 요양급여 |
| 73 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 74 | 동종조혈모 | 여 | 24 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 75 | 동종조혈모 | 여 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 76 | 동종조혈모 | 남 | 52 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 77 | 동종조혈모 | 여 | 38 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|-------|----|-------|--|------|
| 78 | 동종조혈모 | 여 | 44 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 79 | 동종조혈모 | 남 | 59 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 80 | 동종조혈모 | 여 | 53 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 81 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 82 | 동종조혈모 | 남 | 57 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 83 | 동종조혈모 | 남 | 48 | 발작성야간혈색소뇨증(PNH) | 요양급여 |
| 84 | 동종조혈모 | 여 | 43 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 85 | 동종조혈모 | 남 | 21 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 86 | 동종조혈모 | 남 | 68 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 87 | 동종조혈모 | 남 | 50 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 88 | 동종조혈모 | 여 | 65 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 89 | 동종조혈모 | 남 | 41 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 90 | 동종조혈모 | 남 | 52 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 91 | 동종조혈모 | 남 | 56 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 92 | 동종조혈모 | 여 | 31 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 93 | 동종조혈모 | 여 | 1 | 혈구포식림프조직구증(HLH) | 요양급여 |
| 94 | 동종조혈모 | 여 | 36 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 95 | 동종조혈모 | 남 | 46 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 96 | 동종조혈모 | 남 | 62 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 97 | 동종조혈모 | 여 | 67 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 98 | 동종조혈모 | 여 | 29 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 99 | 동종조혈모 | 남 | 61 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 100 | 동종조혈모 | 남 | 45 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 101 | 동종조혈모 | 남 | 39 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 102 | 동종조혈모 | 남 | 61 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 103 | 동종조혈모 | 남 | 1 | 연소기골수단구성백혈병(JMML) | 요양급여 |
| 104 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 105 | 동종조혈모 | 남 | 17 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 106 | 동종조혈모 | 남 | 54 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 107 | 동종조혈모 | 남 | 4 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 108 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 109 | 동종조혈모 | 남 | 42 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 110 | 동종조혈모 | 남 | 48 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 111 | 동종조혈모 | 여 | 10 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 112 | 동종조혈모 | 여 | 49 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 113 | 동종조혈모 | 여 | 42 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 114 | 동종조혈모 | 여 | 27 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 115 | 동종조혈모 | 여 | 14 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 116 | 동종조혈모 | 여 | 54 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|-------|----|-------|--|------|
| 117 | 동종조혈모 | 여 | 45 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 118 | 동종조혈모 | 남 | 64 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 119 | 동종조혈모 | 여 | 14 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 120 | 동종조혈모 | 여 | 51 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 121 | 동종조혈모 | 남 | 64 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 122 | 동종조혈모 | 남 | 67 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 123 | 동종조혈모 | 남 | 10 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 124 | 동종조혈모 | 여 | 9 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 125 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 126 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 127 | 동종조혈모 | 남 | 63 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 128 | 동종조혈모 | 여 | 42 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 129 | 동종조혈모 | 여 | 52 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 130 | 동종조혈모 | 여 | 23 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 131 | 동종조혈모 | 남 | 23 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 132 | 동종조혈모 | 여 | 40 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 133 | 동종조혈모 | 남 | 65 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 134 | 동종조혈모 | 여 | 42 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 135 | 동종조혈모 | 남 | 16 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 136 | 동종조혈모 | 남 | 57 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 137 | 동종조혈모 | 남 | 6 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 138 | 동종조혈모 | 남 | 66 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 139 | 동종조혈모 | 남 | 19 | 만성육아종증(CGD) | 요양급여 |
| 140 | 동종조혈모 | 여 | 53 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 141 | 동종조혈모 | 남 | 38 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 142 | 동종조혈모 | 남 | 65 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 143 | 동종조혈모 | 남 | 56 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 144 | 동종조혈모 | 남 | 40 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 145 | 동종조혈모 | 남 | 11 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 146 | 동종조혈모 | 여 | 65 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 147 | 동종조혈모 | 남 | 9 | 비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma) | 요양급여 |
| 148 | 동종조혈모 | 여 | 38 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 149 | 동종조혈모 | 여 | 14 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 150 | 동종조혈모 | 남 | 13 | 연소기골수단구성백혈병(JMML) | 요양급여 |
| 151 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 152 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 153 | 동종조혈모 | 남 | 9 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 154 | 동종조혈모 | 여 | 44 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 155 | 동종조혈모 | 남 | 47 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|--------|----|-------|--|------|
| 156 | 동종조혈모 | 여 | 56 | Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm | 요양급여 |
| 157 | 동종조혈모 | 여 | 6M | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 158 | 동종조혈모 | 남 | 27 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 159 | 동종조혈모 | 여 | 10 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 160 | 동종조혈모 | 여 | 27 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 161 | 동종조혈모 | 남 | 5 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 162 | 동종조혈모 | 남 | 44 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 163 | 동종조혈모 | 남 | 44 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 164 | 동종조혈모 | 남 | 23 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 165 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 166 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 167 | 동종조혈모 | 여 | 66 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 168 | 동종조혈모 | 여 | 27 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 169 | 동종조혈모 | 여 | 36 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 170 | 동종조혈모 | 남 | 46 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 171 | 동종조혈모 | 여 | 66 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 172 | 동종조혈모 | 남 | 50 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 173 | 동종조혈모 | 남 | 39 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 174 | 동종조혈모 | 여 | 46 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 175 | 동종조혈모 | 남 | 66 | CMML | 요양급여 |
| 176 | 동종조혈모 | 남 | 50 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 177 | 동종조혈모 | 남 | 62 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 178 | 동종조혈모 | 남 | 29 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 179 | 동종조혈모 | 남 | 14 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 180 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 181 | 동종조혈모 | 남 | 56 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 182 | 동종조혈모 | 여 | 63 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 183 | 동종조혈모 | 남 | 16 | 비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma) | 요양급여 |
| 184 | 동종조혈모 | 여 | 60 | 급성골수성백혈병(AML) | 취하 |
| 185 | 제대혈조혈모 | 여 | 63 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 186 | 제대혈조혈모 | 여 | 23 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 187 | 제대혈조혈모 | 여 | 31 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 188 | 제대혈조혈모 | 여 | 32 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 189 | 제대혈조혈모 | 여 | 59 | Acute Bileneal Leukemia | 요양급여 |
| 190 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma) | 선별급여 |
| 191 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 192 | 자가조혈모 | 여 | 40 | 비호지킨림프종(Follicular lymphoma) | 선별급여 |
| 193 | 자가조혈모 | 남 | 18 | 유형종양 | 선별급여 |
| 194 | 자가조혈모 | 남 | 18 | 생식세포종(Germcelltumor) | 선별급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|-------|----|-------|---|------|
| 195 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 비호지킨림프종(Follicular lymphoma) | 선별급여 |
| 196 | 자가조혈모 | 남 | 59 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 197 | 자가조혈모 | 여 | 3 | 송과체아세포종(Pineoblastoma) | 선별급여 |
| 198 | 자가조혈모 | 남 | 40 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 199 | 자가조혈모 | 남 | 3 | Anaplastic Ependymoma | 선별급여 |
| 200 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 선별급여 |
| 201 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 선별급여 |
| 202 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 203 | 자가조혈모 | 여 | 46 | 호지킨림프종 | 선별급여 |
| 204 | 자가조혈모 | 여 | 10 | 유형종양 | 선별급여 |
| 205 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 선별급여 |
| 206 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 선별급여 |
| 207 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 208 | 자가조혈모 | 여 | 45 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 선별급여 |
| 209 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 210 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 211 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 212 | 자가조혈모 | 여 | 57 | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 213 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 214 | 자가조혈모 | 남 | 35 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 215 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma) | 요양급여 |
| 216 | 자가조혈모 | 남 | 59 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 217 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 218 | 자가조혈모 | 남 | 46 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 219 | 자가조혈모 | 남 | 52 | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS) | 요양급여 |
| 220 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma) | 요양급여 |
| 221 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 222 | 자가조혈모 | 여 | 44 | 비호지킨림프종(Hepatosplenic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 223 | 자가조혈모 | 여 | 44 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 224 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 225 | 자가조혈모 | 남 | 53 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 226 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 227 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma) | 요양급여 |
| 228 | 자가조혈모 | 남 | 52 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 229 | 자가조혈모 | 남 | 21 | 망막모세포종(Retinoblastoma) | 요양급여 |
| 230 | 자가조혈모 | 남 | 49 | Plasmacytoma | 요양급여 |
| 231 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 232 | 자가조혈모 | 남 | 18 | 유형종양 | 요양급여 |
| 233 | 자가조혈모 | 남 | 67 | plasmacell leukemia | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|-------|----|-------|--|------|
| 234 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 235 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 236 | 자가조혈모 | 남 | 49 | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type) | 요양급여 |
| 237 | 자가조혈모 | 남 | 39 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 238 | 자가조혈모 | 남 | 54 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 239 | 자가조혈모 | 여 | 53 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 240 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 241 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 242 | 자가조혈모 | 남 | 48 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 243 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 244 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 245 | 자가조혈모 | 남 | 51 | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma) | 요양급여 |
| 246 | 자가조혈모 | 여 | 49 | 비호지킨림프종(Follicular T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 247 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 248 | 자가조혈모 | 여 | 52 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 249 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 250 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 251 | 자가조혈모 | 남 | 31 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 252 | 자가조혈모 | 남 | 56 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 253 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 254 | 자가조혈모 | 남 | 56 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 255 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 256 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 257 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma) | 요양급여 |
| 258 | 자가조혈모 | 여 | 56 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 259 | 자가조혈모 | 남 | 48 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 260 | 자가조혈모 | 여 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 261 | 자가조혈모 | 여 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 262 | 자가조혈모 | 여 | 44 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 263 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 264 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 265 | 자가조혈모 | 여 | 57 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 266 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 267 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 268 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 269 | 자가조혈모 | 남 | 52 | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma) | 요양급여 |
| 270 | 자가조혈모 | 여 | 19 | 호지킨림프종 | 요양급여 |
| 271 | 자가조혈모 | 여 | 59 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 272 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|-------|----|-------|--|------|
| 273 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 274 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 비호지킨림프종(Splenic marginal zone B cell lymphoma) | 요양급여 |
| 275 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 276 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 277 | 자가조혈모 | 여 | 61 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 278 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 279 | 자가조혈모 | 남 | 56 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 280 | 자가조혈모 | 여 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 281 | 자가조혈모 | 남 | 48 | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma) | 요양급여 |
| 282 | 자가조혈모 | 여 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 283 | 자가조혈모 | 남 | 56 | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 284 | 자가조혈모 | 여 | 2 | 신경모세포종①(Neuroblastoma) | 요양급여 |
| 285 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 286 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 287 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 288 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 289 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 290 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 291 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 292 | 자가조혈모 | 남 | 54 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 293 | 자가조혈모 | 남 | 3 | 신경모세포종①(Neuroblastoma) | 요양급여 |
| 294 | 자가조혈모 | 여 | 61 | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 295 | 자가조혈모 | 남 | 53 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 296 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 297 | 자가조혈모 | 여 | 20 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 298 | 자가조혈모 | 남 | 40 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 299 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 300 | 자가조혈모 | 여 | 41 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 301 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 호지킨림프종 | 요양급여 |
| 302 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 303 | 자가조혈모 | 남 | 49 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 304 | 자가조혈모 | 여 | 62 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 305 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 306 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 307 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 308 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 309 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 310 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type) | 요양급여 |
| 311 | 자가조혈모 | 여 | 55 | 비호지킨림프종(Plasmablastic lymphoma) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|-------|----|-------|--|------|
| 312 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 313 | 자가조혈모 | 남 | 40 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 314 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 315 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 316 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 317 | 자가조혈모 | 여 | 25 | 비호지킨림프종(Hepatosplenic T cell lymphoma) | 요양급여 |
| 318 | 자가조혈모 | 여 | 55 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 319 | 자가조혈모 | 남 | 53 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 320 | 자가조혈모 | 여 | 46 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 321 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 322 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 323 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 324 | 자가조혈모 | 여 | 9 | 수모세포종(Medulloblastoma) | 요양급여 |
| 325 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 326 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 327 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 328 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 329 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 330 | 자가조혈모 | 남 | 50 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 331 | 자가조혈모 | 남 | 42 | 비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma) | 요양급여 |
| 332 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 333 | 자가조혈모 | 여 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 334 | 자가조혈모 | 여 | 62 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 335 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 336 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 337 | 자가조혈모 | 여 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 338 | 자가조혈모 | 남 | 54 | AL아밀로이드증(ALamyloidosis) | 요양급여 |
| 339 | 자가조혈모 | 여 | 50 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 340 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 341 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 342 | 자가조혈모 | 여 | 57 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 343 | 자가조혈모 | 여 | 69 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 344 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 345 | 자가조혈모 | 남 | 59 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 346 | 자가조혈모 | 여 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 347 | 자가조혈모 | 여 | 69 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 348 | 자가조혈모 | 여 | 56 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 349 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 350 | 자가조혈모 | 남 | 47 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|---------------|----|-------|---|------|
| 351 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 352 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma) | 요양급여 |
| 353 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 354 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 355 | 자가조혈모 | 여 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 356 | 자가조혈모 | 여 | 39 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 357 | 자가 후 자가 | 남 | 60 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 358 | Tandem(자가-자가) | 여 | 58 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 359 | Tandem(자가-자가) | 여 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 360 | Tandem(자가-자가) | 여 | 54 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 361 | 자가 후 자가 | 여 | 27 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 362 | 자가 후 자가 | 여 | 59 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 363 | 자가 후 자가 | 남 | 9 | 수모세포종(Medulloblastoma) | 요양급여 |
| 364 | 자가 후 자가 | 여 | 52 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 365 | 자가 후 자가 | 여 | 41 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 366 | 자가 후 자가 | 여 | 64 | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 367 | 자가 후 자가 | 남 | 53 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 368 | 자가 후 자가 | 여 | 37 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 369 | 자가 후 자가 | 남 | 49 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 370 | 자가 후 자가 | 여 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 371 | 자가 후 자가 | 여 | 58 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 372 | 자가 후 자가 | 남 | 61 | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 373 | 자가 후 자가 | 남 | 3 | 신경모세포종①(Neuroblastoma) | 요양급여 |
| 374 | 자가 후 자가 | 남 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |

□ 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부(350사례)

□ 조혈모세포이식 대상자 승인

○ 심의결과

| 구분 | 계 | 동종 | 제대혈 | 자가 | 비고 | |
|-------------|------|-----|-----|-----|-----|---|
| 총 접수 | 350 | 184 | 7 | 159 | - | |
| 처리결과 | 요양급여 | 270 | 132 | 4 | 134 | - |
| | 선별급여 | 79 | 51 | 3 | 25 | - |
| | 취하 | 1 | 1 | - | - | - |

※ 신청기관 : 39개 요양기관

○ 심의내용

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|-----------|----------------|--------------------|--|
| 동종 | 총 184건 | 요양급여 : 132건 | 급성골수성백혈병 : 43건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 급성림프모구백혈병 : 30건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9;22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|-----------------------------|--|
| | | | | <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>골수형성이상증후군 : 27건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상으로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu l$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu l$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|--------------------|--|
| | | | 비호지킨림프종 : 4건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(다)에 해당하거나, 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(자) 중 어느 하나에 해당하여 영양급여대상자로 승인함.</p> |
| | | | 중증재생불량성빈혈 : 12건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련 세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----------------------------|---|
| | | | | <p>나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 및 혈소판 20,000/μl 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>일차골수섬유증 : 6건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>만성골수성백혈병 : 5건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상) 나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>혈구포식림프조직구증 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|-----------------------|---------------------------|--|
| | | | | <p>하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우에 해당하며, 호전되지 않아 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>다발골수종 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 다발골수종으로 ECOG 수행능력평가 0-1, 부분반응 이상, 만성신부전이 아닌 경우에 모두 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>선천성 빈혈 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-12)에 의하면 선천성빈혈(congenital pure red cell anemia)은 임상소견이나 유전적 검사로 진단된 다음의 경우 치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정한다.</p> <p>이 건은 Diamond-Blackfan anemia로 진단 및 수혈의존성, 스테로이드 불응성이 확인되어 사례별로 인정하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | <p>만성육아종증 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-15)에 의하면, 만성육아종증(Chronic Granulomatous Disease, CGD)은 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우 인정 하고 있음.</p> <p>이 건은 임상 양상 및 유전자검사로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | <p>선별급여 : 51건</p> | <p>급성골수성백혈병 : 22건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2]</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|--|
| | | | | <p>2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병의 진단이 골수검사 또는 조직학적으로 확인되지 않으며, 완전관해 또한 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 3차 이상 완전관해로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 locus 불일치까지 인정한다. <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|---------------------------|--|
| | | | | <p>실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | | <p>이 건은 비혈연관계에서 1 locus가 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>급성림프모구백혈병 : 6건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|---|
| | | | | <p>하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>(나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>(다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만</p> <p>(3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상</p> <p>(4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response</p> <p>(나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <p>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <p>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----------------------------|--|
| | | | | <p>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 비혈연관계에서 1 locus가 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>골수형성이상증후군 : 12건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요 한 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|--|
| | | | | <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Low risk에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|------------------|--|
| | | | | <p>50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로서, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 만성골수성백혈병 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|------------|--|
| | | | | <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <p>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 다발골수종 : 2건 | <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 동종 조혈모세포이식으로 1차 이식 후</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|-----------------|---|
| | | | | <p>VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있거나, 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우이나 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 비혈연관계에서 1 locus가 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 비호지킨림프종 : 7건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|--|
| | | | | <p>당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시. 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | | <p>이 건은 Lymphoblastic lymphoma로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|------------|-------------|------------------|--|---|
| | | | | <p>세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>X-linked immunodeficiency, unspecified : 1건</p> | <p>이 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 대상 질병에 해당하지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | <p>취하: 1건</p> | | |
| <p>제대혈</p> | <p>총 7건</p> | <p>요양급여 : 4건</p> | <p>급성림프모구백혈병 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|--------------|-------------------|--|
| | | | | <p>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 급성골수성백혈병 : 2건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | 선별급여 : 3건 | 골수형성이상증후군 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|--------------------------|--|
| | | | | <p>로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요 한 경우</p> <p>이 건은 고위험군 또는 중간위험군에 해당하지 아니하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>급성골수성백혈병 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease)양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 3차 이상 완전관해로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|-----------|----------------|------------------|---|
| 자가 | 총 159건 | 요양급여 : 134건 | 다발골수종 : 79건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 비호지킨림프종 : 44건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바) 중 어느 하나에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|-------------------|---|
| | | | | 항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 중 어느 하나에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함. |
| | | | 급성골수성백혈병 : 5건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 호지킨림프종 : 2건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | POEMS 증후군 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-다)에 의하면, POEMS 증후군은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 소아뇌종양 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) 수모세포종(Medulloblastoma) (가) 진단 시 3세 이하</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|---------------|---|---|
| | | | | <p>(나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우 (다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type (2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) (3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하거나, 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | 신경모세포종 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuoblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV (2) N-myc 증폭(+인 stage II 이상 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이거나, 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | | Desmoplastic small round cell tumor : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 제4항에 의하면, 심사평가원장은 가입자등이 [별표2]의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여 대상으로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 제출된 자료를 참고하여 진료심사평가위원회의 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p> |
| | | 선별급여 : 25건 | 비호지킨림프종 : 12건 | 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|---|
| | | | | <p>2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Lymphoma 확진 및 세부 분류가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가조혈모세포이식</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----------------|--|
| | | | | <p>에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 호지킨림프종 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 다발골수종 : 4건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----------------|---|
| | | | | <p>제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1.시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응 유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있거나, VGPR 유지기간이 12개월 미만에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 신경모세포종 ; 1건 | <p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호(요양급여의 일반원칙) 가목에서 요양급여는 "가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다"고 규정하고 있고, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|---------------|--|
| | | | | <p>(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행)[별표 2]에 의하여 조혈모세포이식 요양급여대상은 대상 질병별 기준에 해당할 경우로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 최근 골수검사 상 골수침범이 있어 자가조혈모세포이식이 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 유령종양 : 1건 | <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 소아뇌종양 : 3건 | <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|----|---|
| | | | | <p>모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당 하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈 모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달 하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 3차 자가 조혈모세포이식으로 고시 기준에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Diffuse midline Glioma으로 진단받고 자가조혈모세포이식 예정으로 이 상병은 소아뇌종양 요양급여대상 기준을 만족하면 급여 인정하고 있으나 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|----|------|-----------------------|---|
| | | | <p>생식세포종 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1.)[별표2] 2-나-7)에 의하면 생식세포종(Germ cell tumor) 요양급여 대상자 기준은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당 하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용 |
|----|------|------|-------------------------------------|--|
| | | | Choroid plexus carcinoma : 1건 | 이 건은 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 대상 질병에 해당하지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대 상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조 혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. |
| 계 | 350건 | | | |

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|----|-------|----|-------|--|------|
| 1 | 동종조혈모 | 남 | 75 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 2 | 동종조혈모 | 여 | 73 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 3 | 동종조혈모 | 남 | 48 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 4 | 동종조혈모 | 남 | 12 | X-linked immunodeficiency, unspecified | 선별급여 |
| 5 | 동종조혈모 | 남 | 72 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 6 | 동종조혈모 | 남 | 30 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 7 | 동종조혈모 | 남 | 47 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 8 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 9 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 10 | 동종조혈모 | 여 | 50 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 11 | 동종조혈모 | 여 | 60 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 12 | 동종조혈모 | 남 | 73 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 13 | 동종조혈모 | 여 | 47 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 14 | 동종조혈모 | 남 | 36 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 15 | 동종조혈모 | 남 | 52 | 만성골수성백혈병(CML) | 선별급여 |
| 16 | 동종조혈모 | 여 | 54 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 17 | 동종조혈모 | 여 | 49 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 18 | 동종조혈모 | 남 | 26 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 19 | 동종조혈모 | 남 | 15 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 20 | 동종조혈모 | 남 | 60 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 21 | 동종조혈모 | 남 | 67 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 22 | 동종조혈모 | 남 | 23 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 23 | 동종조혈모 | 여 | 36 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 24 | 동종조혈모 | 남 | 54 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 25 | 동종조혈모 | 남 | 52 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 26 | 동종조혈모 | 여 | 22 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 27 | 동종조혈모 | 남 | 37 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 28 | 동종조혈모 | 남 | 54 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 29 | 동종조혈모 | 남 | 66 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 30 | 동종조혈모 | 남 | 35 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 31 | 동종조혈모 | 남 | 69 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 32 | 동종조혈모 | 남 | 34 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 33 | 동종조혈모 | 여 | 70 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 34 | 동종조혈모 | 여 | 6 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 35 | 동종조혈모 | 여 | 61 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 36 | 동종조혈모 | 남 | 54 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 37 | 동종조혈모 | 남 | 17 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 38 | 동종조혈모 | 여 | 43 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|----|-------|----|-------|---------------------------------|------|
| 39 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 40 | 동종조혈모 | 남 | 30 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 41 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 42 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 43 | 동종조혈모 | 남 | 69 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 44 | 동종조혈모 | 여 | 12 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별급여 |
| 45 | 동종조혈모 | 남 | 62 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 46 | 동종조혈모 | 남 | 48 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 47 | 동종조혈모 | 남 | 50 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 48 | 동종조혈모 | 여 | 69 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 49 | 동종조혈모 | 남 | 73 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 50 | 동종조혈모 | 남 | 39 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 51 | 동종조혈모 | 남 | 49 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 52 | 동종조혈모 | 여 | 28 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 53 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 54 | 동종조혈모 | 여 | 21 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 55 | 동종조혈모 | 남 | 35 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 56 | 동종조혈모 | 여 | 50 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 57 | 동종조혈모 | 여 | 40 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 58 | 동종조혈모 | 남 | 57 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 59 | 동종조혈모 | 여 | 46 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 60 | 동종조혈모 | 남 | 67 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 61 | 동종조혈모 | 여 | 54 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 62 | 동종조혈모 | 남 | 24 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 63 | 동종조혈모 | 남 | 62 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 64 | 동종조혈모 | 남 | 32 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 65 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 66 | 동종조혈모 | 남 | 27 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 67 | 동종조혈모 | 남 | 69 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 68 | 동종조혈모 | 남 | 56 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 69 | 동종조혈모 | 남 | 4 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 70 | 동종조혈모 | 남 | 58 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 71 | 동종조혈모 | 남 | 69 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 72 | 동종조혈모 | 남 | 50 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 73 | 동종조혈모 | 여 | 50 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 74 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 75 | 동종조혈모 | 여 | 39 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 76 | 동종조혈모 | 여 | 45 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 77 | 동종조혈모 | 여 | 46 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|-------|----|-------|---------------------------------|------|
| 78 | 동종조혈모 | 남 | 47 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 79 | 동종조혈모 | 남 | 39 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 80 | 동종조혈모 | 남 | 42 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 81 | 동종조혈모 | 여 | 46 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 82 | 동종조혈모 | 여 | 42 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 83 | 동종조혈모 | 남 | 60 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 84 | 동종조혈모 | 남 | 69 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 85 | 동종조혈모 | 여 | 63 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 86 | 동종조혈모 | 여 | 44 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 87 | 동종조혈모 | 여 | 58 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 88 | 동종조혈모 | 여 | 58 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 89 | 동종조혈모 | 남 | 32 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 90 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 91 | 동종조혈모 | 여 | 68 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 92 | 동종조혈모 | 남 | 46 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 93 | 동종조혈모 | 남 | 61 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 94 | 동종조혈모 | 남 | 66 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 95 | 동종조혈모 | 남 | 27 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 96 | 동종조혈모 | 남 | 48 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 97 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 98 | 동종조혈모 | 남 | 62 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 99 | 동종조혈모 | 여 | 44 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 100 | 동종조혈모 | 여 | 39 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 101 | 동종조혈모 | 여 | 23 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 102 | 동종조혈모 | 여 | 5 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 103 | 동종조혈모 | 남 | 52 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 104 | 동종조혈모 | 남 | 68 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 105 | 동종조혈모 | 남 | 44 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 106 | 동종조혈모 | 남 | 63 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 107 | 동종조혈모 | 여 | 63 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 108 | 동종조혈모 | 남 | 66 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 109 | 동종조혈모 | 남 | 12 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 110 | 동종조혈모 | 여 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 111 | 동종조혈모 | 여 | 52 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 112 | 동종조혈모 | 여 | 39 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 113 | 동종조혈모 | 남 | 15 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 114 | 동종조혈모 | 남 | 41 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 115 | 동종조혈모 | 남 | 59 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 116 | 동종조혈모 | 남 | 68 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|-------|----|-------|---------------------------------|------|
| 117 | 동종조혈모 | 남 | 56 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 118 | 동종조혈모 | 여 | 9 | Diamond-Blackfan anemia | 요양급여 |
| 119 | 동종조혈모 | 남 | 60 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 120 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 121 | 동종조혈모 | 남 | 6 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 122 | 동종조혈모 | 여 | 8 | 혈구포식림프조직구증(HLH) | 요양급여 |
| 123 | 동종조혈모 | 남 | 35 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 124 | 동종조혈모 | 남 | 64 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 125 | 동종조혈모 | 남 | 1 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 126 | 동종조혈모 | 여 | 22 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 127 | 동종조혈모 | 남 | 52 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 128 | 동종조혈모 | 남 | 35 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 129 | 동종조혈모 | 여 | 63 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 130 | 동종조혈모 | 여 | 45 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 131 | 동종조혈모 | 남 | 63 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 132 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 133 | 동종조혈모 | 남 | 39 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 134 | 동종조혈모 | 여 | 49 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 135 | 동종조혈모 | 남 | 68 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 136 | 동종조혈모 | 여 | 56 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 137 | 동종조혈모 | 여 | 42 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 138 | 동종조혈모 | 남 | 70 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 139 | 동종조혈모 | 여 | 58 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 140 | 동종조혈모 | 여 | 63 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 요양급여 |
| 141 | 동종조혈모 | 여 | 29 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 142 | 동종조혈모 | 남 | 60 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 143 | 동종조혈모 | 남 | 59 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 144 | 동종조혈모 | 남 | 21 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 145 | 동종조혈모 | 여 | 7 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 146 | 동종조혈모 | 남 | 49 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 147 | 동종조혈모 | 남 | 36 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 148 | 동종조혈모 | 여 | 53 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 149 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 150 | 동종조혈모 | 남 | 54 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 151 | 동종조혈모 | 남 | 35 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 152 | 동종조혈모 | 여 | 10 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 153 | 동종조혈모 | 남 | 3 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 154 | 동종조혈모 | 여 | 47 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 155 | 동종조혈모 | 남 | 59 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|--------|----|-------|---------------------------------|------|
| 156 | 동종조혈모 | 여 | 13 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 157 | 동종조혈모 | 여 | 48 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 158 | 동종조혈모 | 남 | 2 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 159 | 동종조혈모 | 남 | 34 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 160 | 동종조혈모 | 남 | 40 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 161 | 동종조혈모 | 남 | 51 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 162 | 동종조혈모 | 남 | 55 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 163 | 동종조혈모 | 여 | 39 | 만성골수성백혈병(CML) | 요양급여 |
| 164 | 동종조혈모 | 남 | 66 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 165 | 동종조혈모 | 여 | 4 | 중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia) | 요양급여 |
| 166 | 동종조혈모 | 남 | 14 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 167 | 동종조혈모 | 남 | 11 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 168 | 동종조혈모 | 여 | 6 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 169 | 동종조혈모 | 여 | 38 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 170 | 동종조혈모 | 여 | 58 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 171 | 동종조혈모 | 남 | 2 | 만성육아종증(CGD) | 요양급여 |
| 172 | 동종조혈모 | 여 | 69 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 173 | 동종조혈모 | 여 | 42 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 174 | 동종조혈모 | 남 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 175 | 동종조혈모 | 남 | 61 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 176 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 177 | 동종조혈모 | 남 | 38 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 178 | 동종조혈모 | 여 | 31 | Acute Bileneal Leukemia | 요양급여 |
| 179 | 동종조혈모 | 남 | 47 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 180 | 동종조혈모 | 여 | 66 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 181 | 동종조혈모 | 남 | 24 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 182 | 동종조혈모 | 남 | 65 | 골수형성이상증후군(MDS) | 요양급여 |
| 183 | 동종조혈모 | 남 | 16 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 184 | 동종조혈모 | 남 | 54 | 급성골수성백혈병(AML) | 취하 |
| 185 | 제대혈조혈모 | 남 | 56 | Acute Bileneal Leukemia | 선별급여 |
| 186 | 제대혈조혈모 | 여 | 52 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별급여 |
| 187 | 제대혈조혈모 | 남 | 35 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별급여 |
| 188 | 제대혈조혈모 | 남 | 66 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 189 | 제대혈조혈모 | 여 | 35 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 190 | 제대혈조혈모 | 여 | 37 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 요양급여 |
| 191 | 제대혈조혈모 | 남 | 65 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 192 | 자가조혈모 | 남 | 49 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 193 | 자가조혈모 | 남 | 28 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 194 | 자가조혈모 | 남 | 22 | 생식세포종(Germcelltumor) | 선별급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|---------|----|-------|--------------------------|------|
| 195 | 자가 후 자가 | 남 | 4 | Anaplastic Ependymoma | 선별급여 |
| 196 | 자가조혈모 | 남 | 39 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 197 | 자가조혈모 | 남 | 55 | 호지킨림프종 | 선별급여 |
| 198 | 자가조혈모 | 여 | 52 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 199 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 200 | 자가조혈모 | 남 | 6 | Diffuse midline glioma | 선별급여 |
| 201 | 자가조혈모 | 남 | 6M | Choroid plexus carcinoma | 선별급여 |
| 202 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 203 | 자가조혈모 | 여 | 49 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 204 | 자가 후 자가 | 남 | 18 | 유형종양 | 선별급여 |
| 205 | 자가조혈모 | 여 | 53 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 206 | 자가 후 자가 | 남 | 67 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 207 | 자가 후 자가 | 남 | 4 | 신경모세포종(Neurolblastoma) | 선별급여 |
| 208 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 209 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 210 | 자가조혈모 | 여 | 69 | 다발골수종(MM) | 선별급여 |
| 211 | 자가조혈모 | 여 | 60 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 212 | 자가 후 자가 | 여 | 8 | 생식세포종(Germcelltumor) | 선별급여 |
| 213 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 214 | 자가 후 자가 | 남 | 3 | 수모세포종(Medulloblastoma) | 선별급여 |
| 215 | 자가조혈모 | 남 | 70 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 216 | 자가조혈모 | 남 | 26 | 비호지킨림프종 | 선별급여 |
| 217 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 218 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 219 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 220 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 221 | 자가조혈모 | 여 | 62 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 222 | 자가조혈모 | 여 | 61 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 223 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 224 | 자가조혈모 | 여 | 69 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 225 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 226 | 자가조혈모 | 여 | 49 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 227 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 228 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 229 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 230 | 자가조혈모 | 여 | 50 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 231 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 232 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 233 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|---------|----|-------|---------------|------|
| 234 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 235 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 236 | 자가 후 자가 | 여 | 47 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 237 | 자가조혈모 | 여 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 238 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 239 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 240 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 241 | 자가조혈모 | 남 | 51 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 242 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 243 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 244 | 자가조혈모 | 남 | 59 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 245 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 246 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 247 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 248 | 자가 후 자가 | 여 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 249 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 250 | 자가조혈모 | 여 | 39 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 251 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 252 | 자가조혈모 | 남 | 37 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 253 | 자가조혈모 | 여 | 59 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 254 | 자가조혈모 | 남 | 30 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 255 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 256 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 257 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 258 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 259 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 260 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 261 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 262 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 263 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 264 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 265 | 자가조혈모 | 남 | 59 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 266 | 자가조혈모 | 남 | 50 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 267 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 268 | 자가조혈모 | 남 | 31 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 269 | 자가조혈모 | 여 | 56 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 270 | 자가조혈모 | 남 | 48 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 271 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 272 | 자가조혈모 | 여 | 55 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|------|---------|----|-------|---------------|------|
| 273 | 자가조혈모 | 남 | 45 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 274 | 자가조혈모 | 여 | 40 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 275 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 276 | 자가조혈모 | 여 | 57 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 277 | 자가조혈모 | 여 | 60 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 278 | 자가조혈모 | 남 | 46 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 279 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 280 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 281 | 자가조혈모 | 남 | 39 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 282 | 자가조혈모 | 여 | 70 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 283 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 284 | 자가조혈모 | 여 | 57 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 285 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 286 | 자가조혈모 | 남 | 50 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 287 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 288 | 자가조혈모 | 여 | 40 | 급성골수성백혈병(AML) | 요양급여 |
| 289 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 290 | 자가조혈모 | 남 | 53 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 291 | 자가조혈모 | 여 | 35 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 292 | 자가 후 자가 | 남 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 293 | 자가 후 자가 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 294 | 자가조혈모 | 남 | 39 | POEMS증후군 | 요양급여 |
| 295 | 자가조혈모 | 남 | 55 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 296 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 297 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 298 | 자가조혈모 | 여 | 62 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 299 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 300 | 자가조혈모 | 남 | 47 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 301 | 자가 후 자가 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 302 | 자가조혈모 | 여 | 44 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 303 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 304 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 305 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 306 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 307 | 자가조혈모 | 여 | 43 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 308 | 자가조혈모 | 여 | 49 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 309 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 310 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 3311 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이(세) | 진단명 | 결정결과 |
|-----|---------------|----|-------|-------------------------------------|------|
| 312 | Tandem(자가-자가) | 여 | 4 | 수모세포종(Medulloblastoma)① | 요양급여 |
| 313 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 314 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 315 | 자가조혈모 | 남 | 56 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 316 | 자가조혈모 | 남 | 45 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 317 | 자가조혈모 | 남 | 43 | 호지킨림프종 | 요양급여 |
| 318 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 319 | 자가조혈모 | 여 | 70 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 320 | 자가조혈모 | 여 | 11 | Desmoplastic small round cell tumor | 요양급여 |
| 321 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 322 | 자가조혈모 | 여 | 52 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 323 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 호지킨림프종 | 요양급여 |
| 324 | 자가조혈모 | 남 | 55 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 325 | 자가조혈모 | 여 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 326 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 327 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 328 | 자가조혈모 | 여 | 52 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 329 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 330 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 331 | 자가조혈모 | 여 | 68 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 332 | 자가조혈모 | 남 | 49 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 333 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 334 | 자가조혈모 | 여 | 59 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 335 | 자가조혈모 | 남 | 56 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 336 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 337 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 338 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 339 | 자가조혈모 | 남 | 55 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 340 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 341 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 342 | 자가조혈모 | 남 | 54 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 343 | Tandem(자가-자가) | 여 | 3 | 신경모세포종(Neuromblastoma)① | 요양급여 |
| 344 | 자가조혈모 | 남 | 47 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 345 | 자가조혈모 | 남 | 51 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 346 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 347 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 348 | 자가조혈모 | 여 | 38 | 비호지킨림프종 | 요양급여 |
| 349 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |
| 350 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 다발골수종(MM) | 요양급여 |

4. 갑상선암에 대한 수술적 치료 중 아전절제술 의학적 타당성 여부 및 심사적용방법

4-1. 갑상선 아전절제술[양측] 청구 시 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(여/51세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 1*1*1

자455나(2) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-양측 [외과전문의 제2의수술(중병이상)] 1*1*1

○ 사례2(남/60세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 1*1*1

자455나(2) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-양측 [외과전문의 제2의수술(중병이상)] 1*1*1

○ 사례3(여/58세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

자455나(2) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-양측 [외과전문의] 1*1*1

자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) [제2의수술(중병이상)] 1*1*1

○ 사례4(여/60세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

자455나(2) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-양측 [외과전문의] 1*1*1

자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) [제2의수술(중병이상)] 1*1*1

■ 심의결과

○ 편측 갑상선엽 전절제술(Lobectomy)과 반대측 갑상선엽 아전절제술(Subtotal lobectomy)을 시행하는 경우 반대측 갑상선에 종양이 없거나(조직검사결과 없는 경우 포함) 갑상선 일부만을 제거하고 청구한 갑상선 아전절제술(Subtotal thyroidectomy)은 갑상선엽 전절제술(Lobectomy)로 인정함.

또한, 갑상선엽 전절제술(Lobectomy) 시 협부(Isthmus)를 포함하여 제거하더라도 갑상선엽 전절제술(Lobectomy)로 인정함.

■ 심의내용

○ 미국갑상선학회 임상진료지침에 따르면, 갑상선암의 치료적 수술방법에는 갑상선 양측을 절제하는 갑상선 전절제술(Total thyroidectomy), 편측을 절제하는 갑상선엽 전절제술(Lobectomy), 갑상선 조직의 1g 미만을 남기는 갑상선 근전절제술(Near total thyroidectomy)이 해당됨.

○ 갑상선 아전절제술(Subtotal thyroidectomy)은 사비스톤 외과학, 미국갑상선학회 임상진료지침 등에서 최적의 갑상선암 치료방법이 아닌 것으로 명시하고 있음.

- 이 건(4사례)은 갑상선암 상병에 편측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술 및 반대측 갑상선엽 아전절제술 시행 후 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의]’ 청구한 건으로, 갑상선암 수술의 심사적용 시 본·지원 심사일관성 필요 및 적절한 수가적용방법 등에 대한 갑상선 임시분과 위원회 심의결과에 대하여 전문적인 심의가 필요하여 중앙 외과 II 소위원회에서 추가로 논의한 결과 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- 사례1(여/51세)
갑상선의 악성 신생물 주상병으로 좌측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 우측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구획림프절청소술 시행 후 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 70%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 우측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없어 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 70%’를 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 70%’로 인정하고, 림프절의 조직 검출 및 전이가 확인되어 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’는 인정함.
- 사례2(남/60세)
갑상선의 악성 신생물 주상병으로 우측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술 및 중심구획림프절청소술 시행 후 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 70%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지를 검토한 결과, 갑상선엽 전절제술 시 협부절제술을 포함하더라도 갑상선엽 전절제술로 인정하기로 한바, ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 70%’를 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 70%’로 인정하고, 림프절의 조직 검출 및 전이가 확인되어 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’는 인정함.
- 사례3(여/58세)
갑상선의 악성 신생물 주상병으로 우측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 좌측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구획림프절청소술 시행 후 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 70%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 좌측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없어 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’를 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의]’로 하되, 「2가지 이상의 수술 시 수기로 산정방법」에 따라 70% 인정하고, 림프절의 조직 검출이 확인되어 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적)’는 100%로 인정함.
- 사례4(여/60세)
갑상선의 악성 신생물 주상병으로 우측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 좌측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구획림프절청소술 시행 후 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 70%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 좌측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없어 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’를 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 100%’로 인정하며, 림프절의

조직이 검출되지 않고 염증성 실질조직으로 확인되어 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 70%’는 인정하지 않음.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1부 1-3 및 제2부 제9장 [산정지침](2), (3), (5)
- Townsend, Courtney M., JR. Sabiston Textbook of Surgery, 21th. Elsevier. 2022
- Niederhuber, John E.. Abeloff's Clinical Oncology, Sixth Edition. Elsevier. 2020
- Orlo Clark et al. Textbook of Endocrine Surgery, 2nd. Elsevier. 2005
- Orlo Clark et al. Textbook of Endocrine Surgery, 3rd. Elsevier. 2015
- Bobanga et al. Best practice and research clinical Endocrinology and metabolism. 2019:33
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Thyroid Cancer. version 3. 2021
- ESMO Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2019
- 대한갑상선내분비외과학회. 분화갑상선암의 수술적 치료 권고안. 2017
- 대한갑상선학회. 갑상선결절 및 암 진료 권고안 개정안. 2016
- United Kingdom National Multidisciplinary Guideline. Management of thyroid cancer. 2016
- American Thyroid Association. Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid cancer. 2015

[2021.9.17. 지역심사평가위원회 / 2022.1.25. 외과 II 소위원회(중앙심사조정위원회)]

4-2. 갑상선엽 전절제술[편측], 갑상선엽 아전절제술[편측] 각각 청구 시 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ 사례5(여/46세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역:

자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 1*1*1
 자455가(1) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽전절제술)-편측 [외과전문의 제2의수술(중병이상)] 1*1*1
 자455나(1) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-편측 [외과전문의] 1*0.5*1

○ 사례6(여/56세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역:

자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 1*1*1
 자455가(1) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽전절제술)-편측 [외과 전문의 제2의수술(중병이상)] 1*1*1
 자455나(1) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-편측 [외과과문의] 1*0.5*1

■ 심의결과

- 편측 갑상선엽 전절제술(Lobectomy)과 반대측 갑상선엽 아전절제술(Subtotal lobectomy)을 시행하는 경우 반대측 갑상선에 의심스러운 병변이나 결절 등이 없다면 반대측에 실시한 아전절제술은 인정하기 아니함. 또한 갑상선엽 전절제술(Lobectomy) 시 협부(Isthmus)를 포함하여 제거하더라도 갑상선엽 전절제술(Lobectomy)로 인정함.

■ 심의내용

- 미국갑상선학회 임상진료지침에 따르면, 갑상선암의 치료적 수술방법에는 갑상선 양측을 절제하는 갑상선 전절제술(Total thyroidectomy), 편측을 절제하는 갑상선엽 전절제술(Lobectomy), 갑상선 조직의 1g 미만을 남기는 갑상선 근전절제술(Near total thyroidectomy)이 해당됨.
- 갑상선 아전절제술(Subtotal thyroidectomy)은 사비스톤 외과학, 미국갑상선학회 임상진료지침 등에서 최적의 갑상선암 치료방법이 아닌 것으로 명시하고 있음.
- 이 건(2사례)은 갑상선암 상병에 편측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술 및 반대측 갑상선엽 아전절제술 시행 후 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 및 자455나(1) 갑상선엽 아전절제술-편측[외과전문의]’ 동시 청구한 건으로, 갑상선암 수술의 심사적용 시 본·지원 심사일관성 필요 및 적정한 수가적용방법 등에 대한 갑상선 임시분과 위원회 심의결과에 대하여 전문적인 심의가 필요하여 중앙 외과II 소위원회에서 추가로 논의한 결과 다음과 같이 결정함

- 다 음 -

○ 사례5(여/46세)

갑상선의 악성 신생물 주상병으로 우측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 좌측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구 핵림프절청소술 시행 후 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 70%’, ‘자455나(1) 갑상선엽 아

전절제술-편측[외과전문의] 50%' 및 '자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%' 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 좌측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없어 '자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 70%'만 인정하고, 림프절의 조직 검출이 확인되어 '자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%' 인정함.

○ 사례6(여/56세)

갑상선의 악성 신생물 주상병으로 좌측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 우측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구획림프절청소술 시행 후 '자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 70%', '자455나(1) 갑상선엽 아전절제술-편측[외과전문의] 50%' 및 '자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%' 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 우측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없으며, 초음파 영상에서도 우측의 병변이 확인되지 않아 '자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 70%'만 인정하고, 림프절의 조직 검출이 확인되어 '자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%' 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1부 1-3 및 제2부 제9장 [산정지침](2), (3), (5)
- Townsend, Courtney M., JR. Sabiston Textbook of Surgery, 21th. Elsevier. 2022
- Niederhuber, John E.. Abelloff's Clinical Oncology, Sixth Edition. Elsevier. 2020
- Orlo Clark et al. Textbook of Endocrine Surgery, 2nd. Elsevier. 2005
- Orlo Clark et al. Textbook of Endocrine Surgery, 3rd. Elsevier. 2015
- Bobanga et al. Best practice and research clinical Endocrinology and metabolism. 2019:33
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Thyroid Cancer. version 3. 2021
- ESMO Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2019
- 대한갑상선내분비외과학회. 분화갑상선암의 수술적 치료 권고안. 2017
- 대한갑상선학회. 갑상선결절 및 암 진료 권고안 개정안. 2016
- United Kingdom National Multidisciplinary Guideline. Management of thyroid cancer. 2016
- American Thyroid Association. Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid cancer. 2015

[2021.9.17. 지역심사평가위원회 / 2022.1.25. 외과 II 소위원회(중앙심사조정위원회)]

5. 경부림프절청소술 의학적 타당성 여부 및 심사적용방법

5-1 경부림프절청소술 실시하였으나 림프절 미발견 시 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ 사례7(남/63세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역:

자455나(2) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-양측 [외과전문의] 1*1*1
자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) [제2의수술(중병이상)] 1*1*1

○ 사례8(여/64세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역:

자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 1*1*1
자455가(1) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽전절제술)-편측 [외과전문의 제2의수술(중병이상)] 1*1*1
자455나(1) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-편측 [외과전문의] 1*0.5*1

■ 심의결과

- 경부림프절청소술을 실시하였으나 림프절 조직이 검출되지 않았거나(0/0) 조직검사결과 기록이 없는 경우 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적)’은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 갑상선암 환자의 수술 중 림프절 전이에 대한 제거 및 재발예방을 위해 치료적 림프절청소술 또는 예방적 림프절청소술을 하게 되며, 경부림프절청소술에 대한 치료효과성을 감안하여 요양급여를 인정하고 있음.
- 이 건(2사례)은 갑상선암 상병에 경부 중심구획림프절청소술 시행 후 자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적)을 청구한 건으로, 심사적용 시 본·지원 심사일관성 필요 및 적절한 수가적용방법 등에 대한 갑상선 임시분과위원회 심의결과에 대하여 전문적인 심의가 필요하여 중앙 외과II 소위원회에서 추가로 논의한 결과 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

○ 사례7(남/63세)

갑상선의 악성 신생물 주상병으로 우측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 좌측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구획림프절청소술 시행 후 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 70%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 좌측 갑상선엽의 중앙에 대한 기록이 없어 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’를 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 100%’로 인정하고, 림프절의 조직이 검출되지 않고 염증성 섬유지방조직으로 확인되어 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 70%’은 인정하지 아니함.

○ 사례8(여/64세)

갑상선의 악성 신생물 주상병으로 우측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 좌측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구

획림프절청소술 시행 후 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 70%’, ‘자455나(1) 갑상선엽 아전절제술-편측[외과전문의] 50%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 좌측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없어 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 100%’만 인정하고, 림프절의 조직이 검출되지 않아 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1부 1-3 및 제2부 제9장 [산정지침](2), (3), (5)
- Townsend, Courtney M., JR. Sabiston Textbook of Surgery, 21th. Elsevier. 2022
- Niederhuber, John E.. Abelson's Clinical Oncology, Sixth Edition. Elsevier. 2020
- Randolph, Gregory W. Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands, Third Edition. 2021. Elsevier
- 조보연. 임상갑상선학 제4판. 고려의학. 2014
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Thyroid Cancer. version 3. 2021
- ESMO Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2019
- American Head and Neck Society. Indications and extent of central neck dissection for papillary thyroid cancer: An American Head and Neck Society Consensus Statement. 2017
- 대한갑상선내분비외과학회. 분화갑상선암의 수술적 치료 권고안. 2017
- 대한갑상선학회. 갑상선결절 및 암 진료 권고안 개정안. 2016
- United Kingdom National Multidisciplinary Guideline. Management of thyroid cancer. 2016
- American Thyroid Association. Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid cancer. 2015
- Sippel, Robbins, et al. A Randomized Controlled Clinical Trial: No Clear Benefit to Prophylactic Central Neck Dissection in Patients with Clinically Node Negative Papillary Thyroid Cancer. Ann Surg. 2020 Sep 1; 272(3): 496-503.
- Lawrence Chen, Yi-Hsiu Wu, et al. Prophylactic Central Neck Dissection for Papillary Thyroid Carcinoma with Clinically Uninvolved Central Neck Lymph Nodes: A Systematic Review and Meta-analysis. World J Surg. 2018 Sep;42(9):2846-2857
- Jarosław Świrta, Michał Romaniszyn, et al. The impact of elective central lymph node dissection on postoperative pathological staging and surgical complication rate in patients with results of fine needle aspiration biopsy suspicious for follicular neoplasm of thyroid. Wiad Lek. 2020;73(4):629-637.
- Soon-Hyun Ahn ·Won Sik Kim. The Effect of Prophylactic Central Neck Dissection During Hemithyroidectomy on Locoregional Recurrence in Patients With Papillary Thyroid Carcinoma: A Meta-Analysis. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology Vol. 13, No. 2: 194-202, May 2020
- Reese W. Randle, Susan C. Pitt. The Role of Node Dissection for Thyroid Cancer. Advances in Surgery 55 (2021) 131-145
- Andrés Coca-Pelaz, Juan P Rodrigo, et al. Hürthle Cell Carcinoma of the Thyroid Gland: Systematic Review and Meta-analysis. Adv Ther. 2021 Oct;38(10):5144-5164.

[2021.9.17. 지역심사평가위원회 / 2022.1.25. 외과 II 소위원회(중앙심사조정위원회)]

5-2. 갑상선 양성 결절에 실시한 경부림프절청소술 요양급여 인정여부

■ 청구내역

- 사례9(남/60세)
 - 청구 상병명: 비독성 단순갑상선 결절
 - 주요 청구내역:
 - 자455나(2) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-양측 [외과전문의] 1*1*1
 - 자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) [제2의수술(중병이상)] 1*1*1

- 사례10(남/49세)
 - 청구 상병명: 비독성 단순갑상선 결절
 - 주요 청구내역:
 - 자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 1*1*1
 - 자455가(1) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽전절제술)-편측 [외과전문의 제2의수술(중병이상)] 1*1*1
 - 자455나(1) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-편측 [외과전문의] 1*0.5*1

- 사례11(여/55세)
 - 청구 상병명: 자가면역성 갑상선염
 - 주요 청구내역:
 - 자455나(2) 갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-양측 [외과전문의] 1*1*1
 - 자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) [제2의수술(중병이상)] 1*1*1

■ 심의결과

- 대부분의 갑상선 여포암에는 예방적 중앙경부 림프절청소술이 불필요하다고 명시하고 있는바, 침생검(Fine needle aspiration cytology, FNA) 결과, 베데스다 시스템 범주 III/IV인 경우에 실시한 경부림프절청소술은 인정하지 아니함. 다만, 수술 전 실시한 유전자 검사결과, 세포검사 소견이 비정형인 경우의 BRAF 양성 시 갑상선 유두암 가능성이 매우 높은 점을 감안하여 악성 종양 의심 하에 실시한 경부림프절청소술은 인정하기로 함.

■ 심의내용

- 대한갑상선학회 임상진료지침에 따르면, 중앙경부 림프절 전이가 확인된 경우에는 치료적 중앙경부 림프절제술을 시행하고, 중앙경부 림프절 전이가 없는 경우에는 진행된 원발암(T3/T4), 측경부 림프절전이(cN1b)가 있거나 치료 전략 수립 시 필요한 정보 수집을 위해 예방적 중앙경부림프절제술을 고려하도록 하고, 갑상선 양성 질환(결절)에는 예방적 경부림프절청소술을 권장하고 있지 않음.
- 또한 행위정의 상 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적)’ 은 갑상선 악성종양에 실시토록 되어 있음에도 예방적 경부림프절청소술 청구사례가 발생하고 있음.
- 이 건(3사례)은 갑상선 양성 결절 또는 Hurthle cell neoplasm 상병에 경부 중심구획림프절청소술 시행 후 자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적)을 청구한 것으로, 경부림프절청소술의 심사적용 시 본·지원 심사일관성 필요 및 적절한 추가적용방법 등에 대한 갑상선 임시분과위원회 심의결과에 대하여 전문적인 심의가 필요하여 중앙 외과II 소위원회에서 추가로 논의한 결과 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

○ 사례9(남/60세)

침생검 상 cytologic atypia 및 비독성 단순갑상선 결절 주상병으로 우측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 좌측 갑상선엽 일부절제 및 중심구획림프절청소술 시행 후 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 70%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 좌측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없어 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’를 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 100%’로 인정하며, 림프절의 조직이 검출되지 않고 염증성 섬유지방조직으로 확인되어 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 70%’는 인정하지 아니함.

○ 사례10(남/49세)

침생검 상 Hurthle cell (oncocytic) neoplasm 및 비독성 단순갑상선 결절 주상병으로 좌측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 우측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구획림프절청소술 시행 후 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 70%’, ‘자455나(1) 갑상선엽 아전절제술-편측[외과전문의] 50%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 우측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없어 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의] 100%’만 인정하고, 침생검 결과 베테스다 범주 IV인 점과 림프절의 조직이 검출되지 않고 염증조직으로 확인되어 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’는 인정하지 아니함.

○ 사례11(여/55세)

수술 전 실시한 유전자 검사결과 BRAF 양성으로 Atypia 의심 하에 좌측 갑상선엽 전절제술, 협부절제술, 우측 갑상선엽 일부 절제 및 중심구획림프절청소술 시행 후 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’ 및 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 70%’ 청구하였으나, 수술기록지와 조직검사결과지에 우측 갑상선엽의 종양에 대한 기록이 없고, 최종적으로 만성 갑상선염으로 진단되어 ‘자455나(2) 갑상선엽 아전절제술-양측[외과전문의] 100%’를 ‘자455가(1) 갑상선엽 전절제술-편측[외과전문의]’로 하되, 「2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법」에 따라 70%로 인정하고, 경부림프절청소술은 양성 질환에서는 인정하지 않으나, 세포검사 소견이 atypia에서 BRAF가 양성으로 나온 경우 악성 종양 가능성이 높은 점을 감안하여 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 100%’로 인정하기로 함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1부 1-3 및 제2부 제9장 [산정지침](2), (3), (5)
- Townsend, Courtney M., JR. Sabiston Textbook of Surgery, 21th. Elsevier. 2022
- Niederhuber, John E.. Abelloff's Clinical Oncology, Sixth Edition. Elsevier. 2020
- Randolph, Gregory W. Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands, Third Edition. 2021. Elsevier
- 조보연. 임상갑상선학 제4판. 고려의학. 2014
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Thyroid Cancer. version 3. 2021
- ESMO Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2019
- American Head and Neck Society. Indications and extent of central neck dissection for papillary thyroid cancer: An American Head and Neck Society Consensus Statement. 2017

- 대한갑상선내분비외과학회. 분화갑상선암의 수술적 치료 권고안. 2017
- 대한갑상선학회. 갑상선결절 및 암 진료 권고안 개정안. 2016
- United Kingdom National Multidisciplinary Guideline. Management of thyroid cancer. 2016
- American Thyroid Association. Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid cancer. 2015
- Sippel, Robbins, et al. A Randomized Controlled Clinical Trial: No Clear Benefit to Prophylactic Central Neck Dissection in Patients with Clinically Node Negative Papillary Thyroid Cancer. *Ann Surg.* 2020 Sep 1; 272(3): 496–503.
- Lawrence Chen, Yi-Hsiu Wu, et al. Prophylactic Central Neck Dissection for Papillary Thyroid Carcinoma with Clinically Uninvolved Central Neck Lymph Nodes: A Systematic Review and Meta-analysis. *World J Surg.* 2018 Sep;42(9):2846–2857
- Jarosław Świrta, Michał Romaniszyn, et al. The impact of elective central lymph node dissection on postoperative pathological staging and surgical complication rate in patients with results of fine needle aspiration biopsy suspicious for follicular neoplasm of thyroid. *Wiad Lek.* 2020;73(4):629–637.
- Soon-Hyun Ahn ·Won Sik Kim. The Effect of Prophylactic Central Neck Dissection During Hemithyroidectomy on Locoregional Recurrence in Patients With Papillary Thyroid Carcinoma: A Meta-Analysis. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology* Vol. 13, No. 2: 194–202, May 2020
- Reese W. Randle, Susan C. Pitt. The Role of Node Dissection for Thyroid Cancer. *Advances in Surgery* 55 (2021) 131–145
- Andrés Coca-Pelaz, Juan P Rodrigo, et al. Hürthle Cell Carcinoma of the Thyroid Gland: Systematic Review and Meta-analysis. *Adv Ther.* 2021 Oct;38(10):5144–5164.

[2021.9.17. 지역심사평가위원회 / 2022.1.25. 외과 II 소위원회(중앙심사조정위원회)]

6. 심실 보조장치 치료술(VAD*) 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 따라 심실 보조장치 치료술 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 의거하여
 1. 실시기관은 심실 보조장치 치료술 대상자 사전승인 신청에 대하여 대상자로 결정하는 결과통보(심의일자 기준) 후 3개월 이내에 심실 보조장치 치료술을 실시하여야 함. 다만, 3개월을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재심의를 신청하여야 함.
 2. 심실 보조장치 치료술(VAD)의 승인을 받은 실시기관은 시술 후 환자상태, 합병증 발생유무, 시술 성공 여부 등에 대한 임상자료를 축적하여 아래 각 경우의 정해진 시점부터 30일 이내에 건강보험 심사평가원장에게 제출하여야 함. 다만, 사망, 심장이식 실시 또는 환자 추적 곤란 등으로 더 이상의 임상자료 제출이 어려운 경우에는 사유서를 사유 발생일로부터 30일 이내에 제출하여야 함.
 - 이식형 좌심실 보조장치 치료술: 퇴원 시, 시술 후 6개월, 시술 후 1년 이내, 시술 1년 이후 매 1년마다
 - 체외형 심실 보조장치 치료술: 시술 후 3개월, 이후 퇴원 시까지 매 3개월마다

* VAD: Ventricular Assist Device

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 및 요양급여 대상 여부 심의결과 총괄

(단위: 건)

| 총계 | 실시기관 승인신청 | | | | 요양급여 승인신청 | | | | | | | |
|----|-----------|-----|-----|-----|-----------|----|-----|------|-----|----|-----|------|
| | 이식형 | | 체외형 | | 이식형 | | | | 체외형 | | | |
| | 승인 | 불승인 | 승인 | 불승인 | 계 | 승인 | 불승인 | 자료보완 | 계 | 승인 | 불승인 | 자료보완 |
| 9 | 1 | - | - | - | 6 | 6 | - | - | 2 | 2 | - | - |

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 여부(총 1기관)

| 요양기관명(요양기호) | 구분 | 인력기준 | 장비기준 | 심장이식술 청구건수* | 심의결과 |
|---------------------------------|-----|------|------|----------------|------|
| 연세대학교의과대학 강남세브란스병원(11100443) | 이식형 | 충족 | 충족 | 3건* | 승인 |

*청구건수: 심사년월(2020.1. ~ 2021.12.), 보험자구분 전체, 심장이식술(Q8080) 청구건수

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 8사례)

- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2021.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1. 적응증 ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 가. 심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시, 나. 심장이식이 적합하지 않은 말기 심부전 환자(중략), ② 체외형 심실 보조장치 치료술 및 [별표2] 2. 금기증에 따라 부합 여부를 판단하여 인정하고 있음.

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(6사례)

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|-------------|--|
| A | 남/69세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증(DCMP) 환자로 2010년 DCMP 진단받고 약물치료 지속함. 2019년 심율동전 환제세동기거치술(ICD) 시행 후에도 심부전 증상 악화로 입원치료 반복함. 심장초음파상 좌심실 구혈률(LVEF) 21.6%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p> |
| B | 남/69세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 대동맥판막기능부전 환자로 2009년 대동맥판막성형술 및 상행대동맥치환술 시행함. 2020년부터 심부전 악화되어 입원치료 반복하였으며 2022년 1월 정맥강심제 사용 후 퇴원하였으나 열흘 만에 증상악화로 재입원하여 정맥강심제 의존적인 상태임. NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3, 심장 지수(Cardiac Index) 1.4L/min/m² 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p> |
| C | 남/58세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 급성 심근경색 환자로 2022년 1월 27일 ST분절 상승 동반한 심근경색(STEMI)으로 관상동맥중재술(PCI) 및 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행함. 당시 좌심실구혈률(LVEF) 19% 확인됨. 이후 ECMO 제거하였으나 상태 악화되어 ECMO 재삽입함. 심장초음파 상 좌심실 구혈률(LVEF)17%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p> |
| D | 남/43세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2021년 2월 급성 심근경색으로 관상동맥중재술(PCI) 시행 당시 좌심실구혈률(LVEF) 21% 확인됨. 이후 약물치료에도 불구하고 호흡곤란 등의 증상 호전 없으며, 현재 정맥강심제 의존적인 상태임. NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3, LVEF 22%, 심장 지수(Cardiac Index) 1.1L/min/m² 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p> |

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|------------|--|
| E | 여/74세 | 승인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 ST분절 상승 심근경색으로 체외순환막형산화요법 (ECMO) 시행 후 관상동맥중재술(PCI) 두 차례 시행함. 이후 ECMO 제거 하였으나 심부전 증상 악화로 ECMO 재삽입하여 유지중임. 심장초음파상 좌심실구혈률(LVEF) 12%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술 (VAD) 요양급여 대상자로 승인함.</p> |
| F | 남/56세 | 조건부 승인 | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 심근경색 환자로 심실 보조장치 치료술 재신청 사례임. 2021년 12월 25일 급성심근경색(AMI)로 관상동맥중재술(PCI) 및 혈전제거술 시행하고 체외순환막형산화요법 (ECMO) 적용함. 이후 상태 호전되어 ECMO 제거하였으나 2022년 1월 11일 심인성 쇼크로 ECMO 재시행하여 유지중임. 좌심실 구혈률 (LVEF) 20%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2 등의 중증 심부전 소견 확인됨.</p> <p>이전 분과위원회 심의결과(2022.1.26.) 대상자가 중증의 심부전 상태임은 확인되나, 기계보조치료 후 2개월이 경과하지 않아 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 기준의 적응증에 부합하지 않으므로 요양급여 신청을 불승인하였음. 이후 제출한 자료에 의하면 기계보조치료 후 2개월이 경과한 시점에 심실 보조장치 치료술(VAD) 시행을 계획하고 사전승인 대상자로 재신청 한 것이 확인됨. 따라서, 요양기관에서 제출한 시행 예정일에 심실 보조장치 치료술(VAD)을 시행하는 것을 조건으로 요양급여 대상으로 조건부 승인함.</p> |

○ 체외형 심실 보조장치 치료술(2사례)

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|------------|--|
| A | 여/3세 | 승인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 심실 보조장치 치료술(VAD) 재신청 사례임.</p> <p>유전성 확장성 심근병증 환자로 2020년 12월 14일 체외형 심실 보조장치 치료술, 2021년 10월 심장이식 시행하였으나 급성 거부반응의</p> |

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|------------|--|
| | | | <p>심되어 스테로이드 치료 후 퇴원함. 2022년 1월 20일 심부전 증상으로 입원하여 체외순환막형산화요법(ECMO) 유지하며 스테로이드 치료 재시작함. 정맥강심제 의존적이며 좌심실 구혈률(LVEF) 20%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 중증 심부전 소견이 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p> |
| B | 여/1세 | 승인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 급성 심근염 환자로 2022년 2월 8일 청색증 등의 소견으로 응급실 경유하여 입원하여 시행한 혈액 검사에서 심근효소 상승 확인됨. 2022년 2월 11일 정맥강심제 유지하면서 시행한 심장초음파상 좌심실구혈률(LVEF) 37%, 심박동수 180~200회/min 등 소견 확인되어 2월 12일 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용하였으나 증상 호전되지 않아 ECMO mode 전환함. 정맥강심제 유지 중으로 LVEF 17.9%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상자로 승인함.</p> |

7. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 스피라자주 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8.시행)에 의거하여
 1. 스피라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
 2. 스피라자주 요양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
 3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

□ 스피라자주 요양급여 대상여부(35사례)

(단위: 건)

| 전체 | 신청 | | | 재승인 | | | 모니터링 | | | | 이의신청 | | | | |
|-------|----|----|-----|-----|----|-----|------|----|------|-----|------|----|------|----|---|
| | 소계 | 승인 | 불승인 | 소계 | 승인 | 불승인 | 소계 | 승인 | 자료보완 | 불승인 | 소계 | 인정 | 자료보완 | 기각 | |
| 스피라자주 | 35 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 29 | 28 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 |

1. 스피라자주 요양급여 대상여부(32사례)

가. 스피라자주 요양급여 신청(3사례)

- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공 호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 요양급여를 인정하고 있음.

- 신규신청(2사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | SMA type | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|----|-------|----------|------|--|
| 2022. 2. | A | 남/10m | 2 | 승인 | 이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함. |
| | B | 남/23 | 2 | 불승인 | 이 건은 추가로 제출된 자료만으로는 만 3세 이하에 척수성 근위축증 관련 임상 증상과 징후 발현이 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주 요양급여 대상으로 불승인함. |

- 승인 신청-재신청(1사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | SMA type | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|----|-------|----------|------|---|
| 2022. 2. | C | 남/39 | 3 | 승인 | 이 건은 추가로 제출된 자료에서 3세 이전에 척수성 근위축증 관련 임상 증상이 발현이 객관적으로 입증 됨. 이에 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함. 단, <u>최초 투여 전 운동기능평가를 시행하여 제출토록 함.</u> |

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(29사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별 | 나이 | S M A type | 최초투여일 | 예정 차수 | 심의 결과 | 심의내용 |
|----------|----|-----|-----|------------|-----------|-------|-------|---|
| 2022. 2. | D | 남 | 13m | 1 | '21.8.17. | 5 | 승인 | 이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인 되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인 정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여 <u>스피라자주를 요양급여 대상으로 승인함.</u> |
| | E | 여 | 18m | 1 | '21.4.22. | 6 | 승인 | |
| | F | 여 | 4세 | 1 | '18.8.30. | 14 | 승인 | |
| | G | 남 | 5세 | 1 | '18.9.13. | 14 | 승인 | |
| | H | 여 | 10세 | 1 | '18.5.23. | 14 | 승인 | |
| | I | 여 | 17세 | 2 | '20.12.2. | 7 | 승인 | |
| | J | 남 | 17세 | 2 | '20.5.6. | 9 | 승인 | |
| | K | 남 | 18세 | 2 | '20.4.22. | 9 | 승인 | |
| | L | 남 | 21세 | 2 | '20.5.21. | 9 | 승인 | |
| | M | 여 | 27세 | 2 | '20.3.3. | 9 | 승인 | |
| | N | 남 | 16세 | 2 | '20.1.16. | 10 | 승인 | |
| | O | 여 | 23세 | 2 | '20.1.15. | 10 | 승인 | |
| | P | 여 | 27세 | 2 | '20.1.9. | 10 | 승인 | |
| | Q | 여 | 8세 | 2 | '19.8.9. | 11 | 승인 | |
| | R | 남 | 14세 | 2 | '19.8.8. | 11 | 승인 | |
| | S | 여 | 18세 | 2 | '19.7.23. | 11 | 승인 | |
| T | 남 | 18세 | 2 | '19.10.1. | 11 | 승인 | | |

| 심의년월 | 사례 | 성별 | 나이 | S M A type | 최초투여일 | 예정차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|----|-----|------------|-----------|------|------|--|
| | U | 남 | 24세 | 2 | '19.9.2. | 11 | 승인 | |
| | V | 여 | 4세 | 2 | '19.5.15. | 12 | 승인 | |
| | W | 남 | 11세 | 2 | '19.5.28. | 12 | 승인 | |
| | X | 여 | 8세 | 2 | '18.5.21. | 14 | 승인 | |
| | Y | 여 | 30세 | 3 | '20.12.2. | 7 | 승인 | |
| | Z | 여 | 26세 | 3 | '20.1.9. | 10 | 승인 | |
| | Z3 | 여 | 25세 | 3 | '19.8.5. | 11 | 승인 | |
| | Z4 | 여 | 25세 | 3 | '19.7.2. | 11 | 승인 | |
| | Z5 | 남 | 18세 | 2 | '20.4.14. | 9 | 승인 | |
| | Z6 | 남 | 31세 | 2 | '20.5.13. | 9 | 승인 | |
| | Z7 | 여 | 20세 | 2 | '20.1.8. | 10 | 승인 | |
| | Z8 | 여 | 7세 | II | '19.7.9. | 11 | 불승인 | <p>요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 따르면 스핀라자주 요양급여 인정여부에 대하여 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정하며, 사전신청서 제출 후 즉시 투여하는 경우는 추후 승인 시 종전 투여분을 소급 인정할 수 있으나, 이 건은 모</p> |

| 심의년월 | 사례 | 성별 | 나이 | S M A type | 최초투여일 | 예정차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|----|----|------------|-------|------|------|---|
| | | | | | | | | <p>니터링 보고서 제출 이전에 11차 스피라자주를 이미 투여한 것으로 동고시 제1호 라.목에 부합하지 아니하여 불승인함.</p> <p>다만, 본 위원회에서는 동고시에 따라 제출된 임상평가 결과를 토대로 스피라자주 투여 유지가 가능할 것으로 판단하므로 스피라자주 투여를 지속할 경우 12차수 투여 전 투여 유지 여부 평가를 위한 사전신청서를 제출하여 심의토록 함.</p> |

2. 스피라자주 요양급여 대상여부-이의신청(3사례)

가. 스피라자주 투여 모니터링 보고-이의신청(3사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별 | 나이 | S M A type | 최초투여일 | 예정차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|-----|----|-----|------------|------------|------|------|--|
| 2022. 2. | Z9 | 여 | 37세 | 2 | '20.10.23. | 7 | 자료보완 | <p>이 건은 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증할 수 없어 불승인된 건임.</p> <p>제출된 자료만으로는 운동기능의 유지 또는 개선을 확인할 수 없어 추가적인 자료가 필요하다고 판단됨.</p> |
| | Z10 | 남 | 26세 | 2 | '20.7.1. | 8 | 자료보완 | <p>이에, <u>획득된 운동기능평가점수를 확인할 수 있는 영상 및 스피라자주 투여 후 호전되었다고 주관적으로 느끼는 운동기능을 확인할 수 있는 영상 자료 제출을 요청함.</u></p> |
| | Z11 | 남 | 38세 | 2 | '19.10.22. | 10 | 기각 | <p>이 건은 제출된 운동기능평가(HFMSE) 점수가 2회 이상 0점으로 운동기능의 유지 또는 개선으로 볼 수 없어 불승인된 건임.</p> <p>이의신청 시 추가로 제출한 자료로는 <u>운동기능의 유지 또는 개선으로 볼 수 없다고 판단되어 기각함.</u></p> |

8. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행 및 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행)에 따라 솔리리스주 및 울토미리스주 요양급여 대상여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1. 시행) 및 「Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 사전승인 등에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2021-165호, 2021. 6. 7. 시행)에 의거하여
 1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주 또는 울토미리스주를 투여하여야 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제4조제2항).
 2. 솔리리스주 또는 울토미리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 위원에 제출하여야 함. 또한, 솔리리스주 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 위 공고 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 함(제8조제1항). 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

□ 심의결과

(단위: 사례)

| 심의년월 | 약제명 | 상병명 | 전체 | 승인신청 | | 재심의 승인신청 | | 이의신청 | | 모니터링 | |
|----------|--------|----------------|----|------|-----|----------|-----|------|----|------|-----|
| | | | | 승인 | 불승인 | 승인 | 불승인 | 인정 | 기각 | 승인 | 불승인 |
| 총계 | | | 98 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 85 | 5 |
| 2022. 2. | 솔리리스주 | 발작성 야간 혈색소뇨증 | 10 | - | - | - | - | - | - | 8 | 2 |
| | | 비정형 용혈성 요독 증후군 | 17 | 2 | 0 | 2 | 0 | - | - | 11 | 2 |
| | 울토미리스주 | 발작성 야간 혈색소뇨증 | 71 | 2 | 1 | 1 | 0 | - | - | 66 | 1 |

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 모니터링 심의(2사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/ 나이 | 모니터링 차수 | | 심의 결과 | 심의내용 |
|----------|----|-----------|------------|-------|-------------|---|
| 2022. 2. | A | 남/59 | 3차 | 18개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 동반질환 혈전증 및 신부전으로 요양급여 승인 후 2020년 7월 20일부터 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여하며 동종조혈모세포 이식 예정 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 용혈 등 임상경과 호전 확인되어 위 고시 제1호가목3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 지속투여를 승인하며 추후('22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |
| | B | 남/63 | 17차 | 102개월 | 지속투여 불승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 동반질환 신부전으로 요양급여 승인 후 2013년 7월 26일부터 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 중인 환자로서 투여 후 지속적인 신장투석요법을 유지하는 등 위 고시 제1호가목3) 나) (4)해당되어 투여중지가 필요하다고 판단되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속투여를 불승인 함.</p> |

○ 모니터링 보고(2사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|----|-------|---------|-------|------------|--|
| 2022. 2. | A | 남/68 | 2차 | 12개월 | 지속투여 승인 | 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 이 사례들은 위 고시 제1호가목3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속 투여를 승인함. |
| | B | 여/79 | 18차 | 108개월 | | |

○ 투여종료 관련 변경요청 심의(1사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|----|-------|---------|-------------|--|
| 2022. 2. | A | 남/72 | 17차 | 지속투여 불승인 | 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음. 이 사례는 2013년부터 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 중 2021년 7월 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청되어 승인한 사례임. 2021년 8월 14일 투여종료 모니터링 승인신청되어 2021년 8월 25일 정규분과위원회에서 투여종료 승인됨. 2021년 7월 8일 임상연구 대상 등록되어 임상연구 진행하며 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 결과 통보일로부터 60일 이내에 투여하지 않음. 요양기관 솔리리스 투여종료 보고건 변경 요청 원하여 솔리리스주 분과위원회에서 심의함. |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|---------|------|--|
| | | | | | 위원회 심의 결과 치료 효과를 평가하기 위한 6개월 모니터링 자료가 누락되어 위 고시 제1호가목3) 나) (1)에 해당되며 이미 투여종료 보고 된 것으로 투여 종료 관련 변경요청을 불승인함. |

○ 투여중지 모니터링(3사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|----|-------|---------|-----------------|--|
| 2022. 2. | A | 여/46 | 7차 | 급여 투여중지 모니터링 지속 | 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 위 고시 제1호가목3) 나) (2)는 의학적 정당한 이유없이 솔리리스주 투여를 6개월에 3회 이상 받지 않은 경우는 투여를 지속할 수 없다고 규정하고 있음. 이 사례들은 임상시험 전환 대상으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함. |
| | B | 여/68 | 18차 | | |
| | C | 남/52 | 18차 | | |

○ 투여종료 보고(2사례)

| 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|----|-------|---------|------|---|
| A | 남/48 | 10 | 투여종료 | 이 사례들은 Ravulizumab 주사제(품명: 올토미리스주) 요양급여 승인 대상자로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 종료함. |
| B | 여/70 | 13 | | |

□ 비정형 용혈성 요독 증후군(aHUS: atypical Hemolytic Uremic Syndrome)

○ 승인신청(2사례)

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|----------|----|-------|---|------|
| 2022. 2. | A | 여/35 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 기저질환 없던 환자로 신장기능 이상 등의 소견으로 입원 후 시행한 혈액검사에서 혈전미세혈관병증 소견보여 aHUS 진단하에 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 1호나목1)투여 대상에 적합하고 위 고시 1호나목2)제외대상에 해당되지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> | 승인 |
| | B | 남/1 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 장중첩증 수술 후 신장기능 저하 및 혈전미세혈관병증 소견 으로 aHUS 진단하에 혈액투석 및 혈장교환술 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 1호나목 1)투여대상에 적합하고 위 고시 1호나목2)제외대상에 해당되지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> | 승인 |

○ 재심의 승인신청(2사례)

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|----------|----|-------|---|------|
| | A | 남/66 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회에서(2022년 1월 28일) 2021년 10월부터 혈액검사 상 만성 신질환으로 인해 나타날 수 있는 수준의 빈혈 및 혈소판 감소증이 확인되었으며, 진단검사의학과 판독지에서도 확인되듯이 분열적혈구 관찰 또한 만성 신질환에서 흔히 보일 수 있는 소견으로 판단되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임. 이후 신장기능 저하 등 환자 상태 변화로 신장조직검사결과 등 추가 임상 자료 첨부하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 1호나목 1) 투여대상에 적합하고 위 고시 1호나목2)제외대상에 해당하지 않으며 신장조직검사서 혈전미세혈관병증이 확인되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인하며 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> | 승인 |
| 2022. 2. | B | 남/33 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 2018년부터 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 중 지난 분과위원회(2019년 4월)에서 신장기능의 호전이 확인되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 중단토록 한 사례임. 이후 2021년 8월 재심의 승인신청 시 Eculizumab 주사제 투여 중단 후 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으며, 기존 신장기능이 저하된 환자에서 eGFR 20% 이상 감소로 확인되지 않아 급여기준 투여대상에서 정한 신장손상에 적합하지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청 불승인됨. 2021년 9월 신장이식 시행 후 용혈 증상 재발 소견보여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 1호나목 1)투여대상에 적합하고 위 고시 1호나목2)제외대상에 해당되지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을</p> | 승인 |

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|------|----|-------|----------------------------------|------|
| | | | 승인하며, 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함. | |

○ 모니터링 심의(13사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|----|-------|---------|-----|------------|---|
| 2022. 2. | A | 남/67 | 1차 | 2개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 환자로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, LDH 정상화 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후(‘22년 6월) 6개월 모니터링 보고 시 유전자 검사 결과에 대한 진단검사의학과 소견서를 함께 제출토록 함.</p> |
| | B | 여/57 | 1차 | 2개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 발견되지 않은 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 LDH, Haptoglobin, 혈소판수 정상화 및 신장기능 호전 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후(‘22년 6월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|---------|------|-------------|---|
| | C | 여/23 | 3차 | 12개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFHR5 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 2021년 10월 신이식 시행 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후('22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |
| | D | 남/37 | 3차 | 12개월 | 지속투여 불승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFHR1 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여에도 신장기능이 악화되어 주 3회 혈액투석을 지속하고 있어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여중단기준에 해당되므로 지속투여를 불승인함.</p> |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|---------|------|-------------|--|
| | E | 남/14 | 4차 | 18개월 | 지속투여 불승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임.</p> <p>2021년 8월 이후 감염 취약성의 우려로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 중단 이후에도 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장기능 개선 등 안정적인 임상 경과를 유지 중임을 참고하여 위원회에서 투여중지가 필요하다고 판단되므로 지속투여를 불승인함. 다만, 급여기준 다) 투여 유지 기준 (2) 투여기간 (다)에 따라 투여 중단 이후 재발되어 재투여가 필요할 경우 사전신청서(ADAMTS-13, STEC 결과 생략 가능) 제출 후 즉시 투여 가능함을 안내함.</p> |
| | F | 남/33 | 4차 | 18개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장기능 개선이 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후(‘22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|---------|------|------------|--|
| | G | 여/59 | 5차 | 24개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 OFH 및 OFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 haptoglobin, LDH 호전 확인되며, 혈액투석 지속중이나 신장이식 고려중인 환자로 지속투여를 승인하며 추후(’22년 8월) 6개월 모니터링 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |
| | H | 남/25 | 6차 | 30개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 C3 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장기능 개선이 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후(’22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |
| | I | 남/53 | 7차 | 30개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의</p> |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|---------|------|---------|--|
| | | | | | | <p>치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 및 가족력이 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장기능 개선이 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |
| | J | 여/38 | 7차 | 30개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장기능 개선이 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |
| | K | 남/32 | 7차 | 30개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장기능 일부 개선이 확인되어 지속 투여를 승인하며 추후('22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를</p> |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|---------|------|------------|--|
| | | | | | | 제출토록 함. |
| | L | 남/52 | 7차 | 42개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 및 가족력, CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장기능 개선이 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후('22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |
| | M | 여/5 | 7차 | 42개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 C3 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수 정상화, haptoglobin 및 LDH 호전, 신장기능 개선이 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후('22년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> |

[Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 승인신청(3사례)

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|---------|----|-------|--|------|
| 2022.2. | A | 여/25 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 82.05%, LDH 2906IU/L 인 환자로서 동반질환 평활근 연속으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 확인되어 위 고시 제1호 1)투여대상가)(4)평활근 연속에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p> | 승인 |
| | B | 남/40 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 2006년 용혈성 빈혈 및 2012년 중심망막동맥폐색을 진단받은 환자로 PNH 과립구 클론 크기 28.08%, LDH 1234IU/L, 동반질환 혈전증으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과 치료적 항응고제 요법이 필요했던 혈전 또는 색전증 기왕력이 확인되지 않아 위 고시 제1호 1)투여대상가)(1)혈전증에 적합하지 않다고 판단되어 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 불승인함. 추후 재심의 신청 시 치료적 항응고제 미사용에 대한 안과의 임상 소견 함께 제출토록 함.</p> | 불승인 |

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|------|----|-------|---|------|
| | C | 여/48 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 후 6개월 이상 투여 지속하며 LDH 정상 상한치 1.5배 이하인 환자로서 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호1)투여대상에 적합하고 위 고시 제1호2)제외대상에 해당되지 않으므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함. 또한 추후('22년 4월 또는 '22년 6월) 솔리리스주 투여종료 보고서를 제출토록 함.</p> | 승인 |

○ 재심의 승인신청(1사례)

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|----------|----|-------|---|------|
| 2022. 2. | A | 여/65 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회에서(2021년 6월 24일) LDH 정상 상한치의 1.5배 초과로 급여기준 투여대상에 적합하지 않으므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인 신청을 불승인한 사례임. 최근 솔리리스주 투여하며 LDH 정상 상한치 1.5배 이하로 유지되어 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호1)투여대상에 적합하고 위 고시 제1호2)제외대상에 해당되지 않으므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함. 또한 추후('22년 4월 또는 '22년 6월) 솔리리스주 투여종료 보고서를 제출토록 함.</p> | 승인 |

○ 투여중지 모니터링(3사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|----|-------|---------|--------------------------|--|
| 2022. 2. | A | 여/69 | 1차 | 급여 투여중지 모니터링 지속 | 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제 2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례들은 임상시험 전환 대상으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함. |
| | B | 여/42 | 1차 | | |
| | C | 남/72 | 1차 | 모니터링 지속 불승인 | 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례는 지난 분과위원회(2021년 7월)에서 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인되었으나 2021.7.8.부터 임상연구 등록되어 심의결과를 통보 받은 날로부터 60일이내에 울토미리스주를 투여하지 않아 모니터링을 불승인함. 추후 요양급여로 투여 필요할 시 재신청 하도록 함. |

○ 모니터링 보고(64사례)

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|----------|------|-------|---------|-----|------------|---|
| 2022. 2. | A | 여/91 | 1차 | 6개월 | 지속투여 승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례들은 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인함.</p> |
| | B | 남/36 | 1차 | 6개월 | | |
| | C | 여/78 | 1차 | 6개월 | | |
| | D | 남/23 | 1차 | 6개월 | | |
| | E | 남/73 | 1차 | 6개월 | | |
| | F | 남/89 | 1차 | 6개월 | | |
| | G | 남/43 | 1차 | 6개월 | | |
| | H | 남/73 | 1차 | 6개월 | | |
| | I | 여/45 | 1차 | 6개월 | | |
| | J | 남/43 | 1차 | 6개월 | | |
| | K | 여/75 | 1차 | 6개월 | | |
| | L | 남/55 | 1차 | 6개월 | | |
| | M | 남/62 | 1차 | 6개월 | | |
| | N | 여/54 | 1차 | 6개월 | | |
| | O | 여/40 | 1차 | 6개월 | | |
| | P | 여/32 | 1차 | 6개월 | | |
| | Q | 남/41 | 1차 | 6개월 | | |
| | R | 여/53 | 1차 | 6개월 | | |
| | S | 여/58 | 1차 | 6개월 | | |
| | T | 여/68 | 1차 | 6개월 | | |
| U | 여/37 | 1차 | 6개월 | | | |
| V | 남/56 | 1차 | 6개월 | | | |
| W | 남/47 | 1차 | 6개월 | | | |
| X | 여/31 | 1차 | 6개월 | | | |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|---------|-----|------|------|
| | Y | 남/46 | 1차 | 6개월 | | |
| | Z | 남/45 | 1차 | 6개월 | | |
| | AA | 여/72 | 1차 | 6개월 | | |
| | AB | 여/61 | 1차 | 6개월 | | |
| | AC | 남/70 | 1차 | 6개월 | | |
| | AD | 남/56 | 1차 | 6개월 | | |
| | AE | 여/40 | 1차 | 6개월 | | |
| | AF | 여/38 | 1차 | 6개월 | | |
| | AG | 여/34 | 1차 | 6개월 | | |
| | AH | 남/74 | 1차 | 6개월 | | |
| | AI | 남/58 | 1차 | 6개월 | | |
| | AJ | 여/55 | 1차 | 6개월 | | |
| | AK | 남/59 | 1차 | 6개월 | | |
| | AL | 남/35 | 1차 | 6개월 | | |
| | AM | 남/61 | 1차 | 6개월 | | |
| | AN | 남/67 | 1차 | 6개월 | | |
| | AO | 여/44 | 1차 | 6개월 | | |
| | AP | 남/82 | 1차 | 6개월 | | |
| | AQ | 여/58 | 1차 | 6개월 | | |
| | AR | 남/55 | 1차 | 6개월 | | |
| | AS | 남/75 | 1차 | 6개월 | | |
| | AT | 남/46 | 1차 | 6개월 | | |
| | AU | 남/36 | 1차 | 6개월 | | |
| | AV | 남/48 | 1차 | 6개월 | | |
| | AW | 남/55 | 1차 | 6개월 | | |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 모니터링 차수 | | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|---------|-----|------|------|
| | AX | 여/49 | 1차 | 6개월 | | |
| | AY | 남/30 | 1차 | 6개월 | | |
| | AZ | 남/61 | 1차 | 6개월 | | |
| | BA | 남/90 | 1차 | 6개월 | | |
| | BB | 남/74 | 1차 | 6개월 | | |
| | BC | 여/58 | 1차 | 6개월 | | |
| | BD | 남/60 | 1차 | 6개월 | | |
| | BE | 여/77 | 1차 | 6개월 | | |
| | BF | 여/49 | 1차 | 6개월 | | |
| | BG | 남/47 | 1차 | 6개월 | | |
| | BH | 여/57 | 1차 | 6개월 | | |
| | BI | 남/70 | 1차 | 6개월 | | |
| | BJ | 여/69 | 1차 | 6개월 | | |
| | BK | 남/78 | 1차 | 6개월 | | |
| | BL | 남/21 | 1차 | 6개월 | | |